



180

العلاج السلوكي للطفل

● أساليبه ونماذج من حالاته

تأليف: د. عبد الستار ابراهيم
د. عبد العزيز بن عبدالله الدخيل
د. رضوان إبراهيم

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

180

العلاج السلوكي للطفل

أساليبه ونماذج من حالاته

تأليف: د. عبد الستار ابراهيم
د. عبد العزيز بن عبدالله الدخيل
د. رضوان إبراهيم



المحتوى

المحتوى
المحتوى
المحتوى

المحتوى

المحتوى

الإهداء

«الفن الحقيقي ليس أن تقول الشيء الصحيح في الموضع الصحيح وحسب، بل أن تمتنع عن قول الشيء الخطأ في اللحظة الحرجة»

إلى أطفالنا وأنجالهم من بعدهم..

لعلنا جميعا نثق بقدرتنا على فعل الشيء الصحيح، واجتناب الفعل الخطأ.

مقدمه

إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب هو أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم في دراسة مشكلات الطفل وعلاج اضطراباته. وبدافع من خبرتنا، التي تتخذ جذورها الرئيسية من الممارسة العملية للعلاج النفسي-السلوكي في العالم العربي، فضلا عن قناعتنا النظرية بأن مشكلات الطفل واضطراباته يمكن التحكم فيها وتعديلها، بهذين الدافعين تعاونا في وضع هذا الكتاب وتقديمه للقارئ هادفين تحرير ذهنه من بعض المفاهيم الخاطئة عن طبيعة مشكلات الطفل وتطورها ومصادرها ومناهج علاجها.

ومشكلات الطفولة تمتد في تصورنا من تلك التي تتزايد وتشتد بصورة تتطلب تدخلا مهنيا، أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لدى الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل. ومن ثم نجد أن مشكلات الطفولة التي يتعرض لها هذا الكتاب تمتد لتشمل مشكلات مثل التخلف العقلي، وصعوبات التعلم، واضطرابات التفكير، واضطرابات السلوك الحادة، والاكتئاب، والعدوان المتكرر والعنف، وصولا إلى المشكلات البسيطة المتعلقة بسوء توجيه النفس، وعدم ضبط السلوك، والمخاوف، وكل ما من شأنه أن يعوّق تفاعلات الطفل الإيجابية بالمحيطين به، أو أن يعوّق تحقيق نموه الطبيعي أو تحقيق الأهداف

التي يرسمها الآخرون له.

ومن ثم فجمهور هذا الكتاب يمتد ليشمل الآباء والأمهات والمعلمين، فضلا عن أخصائيي العلاج النفسي وأجهزة التمريض والمشرفين على دور الرعاية ومؤسسات الرعاية النفسية والعقلية. بعبارة أخرى فحيث يوجد اهتمام بالطفل يوجد جمهور يهمه أن يطلع بتأن وتدبر على هذا الكتاب.

أما الفلسفة النظرية التي أعانت على لقائنا في تأليف هذا الكتاب وجمع مادته فهي الفلسفة نفسها التي تدعو لها تلك النظرية الهامة في دراسة السلوك الإنساني والتي يطلق عليها العلماء اسم نظرية التعلم. هذه النظرية كانت مرشدنا الرئيسي في تحليل مشكلات الطفل، وفي متابعة مصادر هذه المشكلات، وفي التخطيط لعلاجها، وفي تنفيذ خطط العلاج، وفي رسم خطوط التوجيه الرئيسية التي نقدمها في شكل اقتراحات عملية تحكمها طبيعة المشكلة ذاتها.

وتعلمنا نظرية التعلم أن السلوك الإنساني-سواء كان بسيطا أو معقدا-يخضع-في غالبيته-لعوامل مكتسبة، وأن السلوك الشاذ أو المرضي لذلك يكتسب نتيجة لأخطاء في التعامل مع الطفل. وتعلمنا هذه النظرية أيضا أن ما يكتسبه الطفل من أخطاء سلوكية أو اضطرابات يمكن للطفل أن يتوقف عنها أو يعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها. واتفاقا مع الاتجاه السلوكي فقد تحاشينا في هذا الكتاب شغل القارئ بتفسيرات وراثية، أو بإرجاع مشكلات الطفل إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة، أو عقد نفسية أو غير ذلك من المفاهيم التي لا تصمد كثيرا أمام الممارسة العملية في العلاج. فنحن ركزنا في تحليلنا لأي مشكلة على الشروط التي أحاطت بتكونها وتطورها، وهي الشروط نفسها التي إذا أمكن إزالتها أمكن علاجها.

ونظرتنا التي تبنيناها للعلاج النفسي السلوكي نظرة متعددة المحاور، قوامها أن التعلم يعتمد على محاور متنوعة وجوانب بعضها اجتماعي وبعضها انفعالي، وبعضها الآخر يكون نتيجة لعوامل ذهنية أو معرفية أو قلة في المعلومات والخبرة بأمور الحياة والصحة. ومن ثم، فإن المواجهة العلاجية لأي مشكلة من مشكلات الطفولة يجب أن تعكس في ذهننا هذه الرؤية المتنوعة المحاور أي بأن نعالجها من زواياها المختلفة بدلا من التركيز على

زاوية واحدة منها.

وقد راعينا في تقديمنا لهذا الكتاب أن تحقق مادته توازنا بين النظرية والحلول العملية، لأننا حرصنا على أن يكون-الكتاب-بمثابة مرشد عملي يقوم على توضيح المشكلة وعلى تقديم خطط العلاج بصورة يمكن متابعتها وتنفيذها عمليا خطوة خطوة. إننا-بعبارة أخرى-لم نركز كثيرا على السؤال لماذا؟ بل ركزنا أكثر على السؤال كيف تكونت المشكلة، وماذا نستطيع أن نفعله حيالها؟.

وحاولنا من هذه الزاوية الأخيرة أن يكون هذا الكتاب للمتخصص ولغير المتخصص. إذ يمكن، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته، لغير المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع المشكلات اليومية للطفل. كما يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية في الوطن العربي أيضا الاطلاع على أحد الفصول الرئيسية من التقدم في هذا الميدان الذي نعلم أن مصادر الاطلاع والبحث فيه مازالت محدودة في العالم العربي، وأن التجارب فيه والممارسة العملية له شبه منعدمة.

وراعينا، أيضا، نوعا آخر من التوازن في تقديم مادة هذا الكتاب، فبالرغم من اعتمادنا على كثير من المصادر الأجنبية والحالات المدروسة إلا أن بعضا من مادة هذا الكتاب، خصوصا فيما يتعلق بالحالات التي تضمنها، مثل مجهودات محلية لأحدنا (ع. إبراهيم) في ميدان العلاج النفسي السلوكي في الوطن العربي. ولهذا تغلبنا على إحدى الثغرات الرئيسية التي تسود الكتابات العربية في هذا المجال التي وإن كتبت باللغة العربية، إلا أنها-للأسف-تعتمد اعتمادا كاملا على مادة إنجليزية أو أمريكية بحتة.

وبهذه الرؤى وهذه الأهداف نقدم هذا الكتاب في خمسة أبواب رئيسية تشمل فيما بينها ما يقرب من ثلاثين فصلا تتضافر في تغطية كثير من النقاط النظرية والمهنية والعلاجية المتعلقة بمشكلات الطفل واضطرابات الطفولة. الباب الأولى منها يركز على بعض المفاهيم النظرية المتعلقة باستخدامات العلاج السلوكي في علاج مشكلات الطفل. وهو يتكون من أربعة فصول يتعرض الفصل الأول منها لأنواع المشكلات والاضطرابات التي يعانيها الأطفال وكيفية تناولها سلوكيا. أما الفصل الثاني فقد خصصناه

لشرح وتعريف العلاج السلوكي، ويتكامل هذا الفصل مع الفصل الثالث الخاص بالعلاج السلوكي متعدد المحاور لكي يقدما لنا معا معالم هذا المنهج العلاجي ومقدار التغيرات الثورية التي أحدثها في حركة العلاج النفسي بشكل عام ولعلاج مشكلات الطفل بشكل خاص. ويجيء الفصل الرابع ليشرح بعض معالم نظريات التعلم التي تمثل-كما قلنا-الدعامة النظرية الرئيسية لحركة العلاج السلوكي.

ويقدم لنا الباب الثاني ستة فصولا عن بعض الأساليب العملية الصالحة لممارسة العلاج السلوكي وضبط سلوك الطفل، ونظرا لأن لكل محور من محاور العلاج السلوكي فنياته وأساليبه العملية الخاصة. فقد خصصنا كل فصل من هذه الفصول الستة لشرح فنيات متعلقة بتدريب وعلاج نواحي القصور والاضطراب في سلوك الطفل بما فيها أساليب التعويد على مصادر الخطر والكف بالنقيض (الفصل الخامس)، واستخدام التدعيم والعقاب (الفصل السادس)، وتدريب المهارات الاجتماعية (الفصل السابع)، وتعديل أخطاء التفكير والعلاج السلوكي المعرفي (الفصل الثامن)، ودور المؤازرة الوجدانية (الفصل التاسع). ويعطينا الفصل العاشر قائمة متكاملة بأساليب العلاج السلوكي مجتمعة مع تحديد جوانب القوة والضعف في كل منها.

وقد خصصنا الباب الثالث لشرح إجراءات العلاج السلوكي، فوضحنا في الفصل الحادي عشر الخطوات التي يجب اتباعها لتنفيذ ومتابعة الخطة العلاجية. ثم أعطينا نماذج شارحة لبعض الخطط الملائمة لمعالجة بعض المشكلات النوعية التي يجب التنبه لها عند التعامل مع الطفل بما في ذلك خطة للتغلب على المخاوف المدرسية (الفصل الثاني عشر) وخطة لتشجيع الانتباه والتغلب على الإفراط الحركي (الفصل الثالث عشر)، وخطة لتشجيع الاستمرار في التغيرات الإيجابية المصاحبة للعلاج (الفصل الرابع عشر)، وخطة أخرى للتغلب على التبول اللاإرادي (الفصل الخامس عشر).

وقدمنا في الباب الرابع نماذج من بعض الحالات التي تم علاجها محليا باستخدام هذا المنهج متعدد المحاور في العلاج السلوكي وأدمجنا فيه حالات أخرى من معالجين آخرين رأينا أنها قد تفيد الممارس العربي والآباء في التعامل مع مشكلات منتشرة في مجتمعات كثيرة. وقد راعينا أن تمثل هذه الحالات عينة ممثلة للمشكلات الشائعة بين الأطفال، ومن ثم

فقد قدمنا في الفصول التي تبدأ بالفصل السادس عشر حتى الفصل الرابع والعشرين حالات مرضية كمشكلات الانتباه (الفصل السادس عشر) والاكتئاب (الفصل السابع عشر)، والشتائم (الفصل الثامن عشر)، وإيقاع الأذى بالنفس (الفصل التاسع عشر) والخجل والعزلة الاجتماعية (الفصل العشرون) وبعض مظاهر التخلف العقلي (الفصل الحادي والعشرون) والخوف والذعر (الفصل الثاني والعشرون)، والتخلف الدراسي (الفصل الثالث والعشرون)، والسلوك التدميري كما يتمثل في حالة طفل مولع بإشعال النيران (الفصل الرابع والعشرون) وأخيرا قدمنا في (الفصلين الخامس والعشرين والسادس والعشرين) حالة لمراهقة تعاني مشكلة التحكم بالتبول الليلي اللاإرادي، وأخرى لطفل ملحاح وشديد العناد.

ولاعتقادنا بأن كثيرا من مشكلات الطفل قد تكون نتيجة لأنه لم يصل بعد لدرجة ملائمة من النمو والتطور، وأنه لم يكتسب بعد الخبرة التي تمكنه من التغلب على المشكلات التي قد يراها الآباء والمعلمون كذلك بينما هي ضرورة يتطلبها النمو، فقد رأينا أن نفرد الباب الخامس لتوضيح أهم التغيرات السلوكية المصاحبة للنمو في كل مرحلة من مراحل التطور والنمو. إن هدفنا من هذا الباب أن نقدم من خلال فصوله الثلاثة-السادس والعشرين والسابع والعشرين والثامن والعشرين-مظاهر سلوكية أو مراحل من النمو والتغير في الشخصية قد يراها الآباء المتعجلون، ويراها المعلمون والمشرفون المتسلطون، مشكلات بينما هي في الحقيقة تتلاءم مع النمو والتطور. إن هدف هذا الباب الرئيسي هو أن يمد جمهور القراء والمهتمين بنمو الطفل بالمعلومات العلمية الدقيقة التي تمكنهم من التمييز الدقيق عند التعامل مع الطفل بين جوانب السلوك التي تفترضها طبيعة شخصية الطفل أو نموه وتلك الجوانب الأخرى التي يمكن دمغها بالمرض والاضطراب. ومن هذه الناحية فإن هدف هذا الباب هو شحذ القدرة وتدريبها على التمييز بين ما يجب علاجه وتغييره وذلك الذي يجب على العكس تشجيعه والتعجيل بتنميته حتى وإن بدا للعين غير المتأنية على أنه شكل من الاضطراب.

وفي أي كتاب يتضافر على كتابته أكثر من واحد، فإن الآراء والاهتمامات والاستنتاجات التي يحويها لا يمكن أن تعبر بالضرورة عن وجود اتفاق كامل بينهم. صحيح أن مؤلفي هذا الكتاب يجمعهم معا الاهتمام بالفلسفة

العامة للمدرسة السلوكية في العلاج النفسي، إلا أن لكل واحد منهم اتجاهاته العلمية وتاريخه السلوكي الخاص به. ومن ثم فإن ما يحتويه هذا الكتاب من آراء واتجاهات لا يتطابق تمام التطابق مع جميع عناصر النظام الفكري لكل واحد من مؤلفيه.

ولا يسعنا في الختام إلا أن نشكر من أسهم معنا في إعداد هذا الكتاب وطباعته. ونخص بالذكر مرضانا وطلابنا. كما نشكر السيدين منصور الدلي وعلي الصالح لتعاونهما في طباعة هذا الكتاب والقيام بالتصحيحات المتعددة له بصبر وأناة.

المؤلفون

أكتوبر 1993 م

الباب الأول
المسلمات والأسس النظرية

مقدمة الباب الأول

«إن السؤال الرئيسي ليس هو ماذا نعرف،
السؤال الأهم هو كيف نعرف وما الدليل
الذي يمكن أن نقدمه لتأكيد تفسيراتنا».

أرسطو

يقول الكاتب الأمريكي «أوليفر هولمز Oliver Holmes» «عندما تتاح للعقل فرص الاطلاع على فكر جديد، فإن من المستحيل لهذا العقل أن يتقلص بعد ذلك أبدا إلى ما كان عليه من قبل».

وما من مجال يشهد على صدق هذه العبارة أكثر من حركة العلاج السلوكي وما أضافته هذه الحركة من تطورات جذرية إلى الطب النفسي والعلاج النفسي بشكل عام، وما استطاعت أن تقدمه لدراسة مشكلات الطفولة وعلاجها بشكل خاص.

ولقد ظهرت التباشير الأولى لحركة العلاج السلوكي منذ فترة تتجاوز بقليل ثلاثة أرباع قرن، لكن إضافات هذه المدرسة تتلاحق تقريبا يوما إثر آخر، بحيث أصبح من المستحيل التغافل عن تأثيراتها العميقة في الجوانب النظرية والتقنية والإنسانية لحركة العلاج النفسي. ولن يمكن للعلاج النفسي بكل ما يرتبط به من نتائج معاصرة وتقدم مذهل في ميادين المؤسسات العلاجية والطب النفسي أن يتراجع إلى ما كان عليه قبل ظهور العلاج السلوكي.

وقد أثرت هذه المدرسة بتصوراتها الجديدة ميدان العلاج وساعدت على تطوير مبادئ فعالة في مجالات تحليل وعلاج اضطرابات السلوك الإنساني للبالغين والأطفال، مضيفة إلى هذا المجال كثيرا من التصورات والمفاهيم والأساليب العملية والتطبيقية التي أصبحت الآن جزءا لا ينفصل عنها.

فما العلاج السلوكي بالتحديد؟ وما الإسهامات التي يتفرد بها في مجالات اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما الأساليب الفنية التي

يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي يطرحها هذا الباب ويجيب عنها بشكل خاص من خلال أربعة فصول.

١

اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل سلوك يثير الشكوى أو التذمر لدى الطفل أو أبويه أو المحيطين به في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربوية ويدفعهم إلى التماس نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك. وسنعرض في هذا الكتاب بعض طرق العلاج السلوكي للطفل، وأنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال ويمكن الاستفادة من هذه الطرق لتفاديها أو تطوير الحلول الناجعة لها. ولكن علينا أولا الحديث عن ضرورة مثل هذه الطرق.

الحاجة لعلاج الطفل:

من الميسور دائما الحكم على البالغين بالاضطراب وعدم النضج عندما نلاحظ تقاربا بين ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل. ففي مثل هذه الحالات قد نصف سلوك البالغين

هذا بعدم النضج ونقرر بأنهم يعانون اختلالا بسبب صفاتهم الطفلية هذه. لكن عندما تصدر تصرفات مثل هذه عن طفل فإنها قد تكون شيئا مقبولا لتناسبها مع عمره والمتطلبات الفكرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسي-السلوكي (E.G. Lazarus,1971) من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين أو دمغه بالاضطراب. ويترتب على هذا التحذير أنه يجب على المعالج النفسي أن يكون ملما بخصائص مراحل النمو وتطور الطفولة ليميز في سلوك الطفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (طبي أو نفسي) بسبب شذوذه وعدم ملاءمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي لا يحتاج إلى التدخل العلاجي، بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه، بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفترضها ضرورات النمو.

إن كثيرا مما يعتبر اضطرابات سلوكية كالعدوان والحركة الزائدة والتحطيم والبكاء والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم، وهي المشكلات التي تسبب عادة إزعاجا للأسرة، قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة الزمنية التي يمرون بها، ومن ثم فإن من غير الملائم وصفها بالشذوذ أو المرض.

وفي المقابل يمكن-اعتمادا على البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة-أن نقرر أن هناك كثيرا من التصرفات التي تصدر عن الأطفال لا تمثل جزءا من مقتضيات النمو الانفعالية أو العقلية أو الاجتماعية ويصح بالتالي تشخيصها بأنها شاذة وتتطلب التدخل العلاجي.

وتبين الأبحاث أن هذه التصرفات التي تشخص على أنها شاذة بسبب تفاقمها من حيث الحدة والشيوع تتزايد تزايدا مخيفا. فقد أظهرت دراسة أمريكية (Tuma,1989) أن نسبة 11٪ من الأطفال في الولايات المتحدة (أي حوالي 8 ملايين طفل) يعانون اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تزيد على ذلك بكثير إذا ما ضممنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون الاضطراب الذي لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج، والأطفال الذين يعانون مشكلات التخلف العقلي ومشكلات التعلم.

ولا يوجد في مجتمعاتنا العربية-في حدود علمنا-إحصاءات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير مدى انتشار الاضطراب السلوكي الحاد بين الأطفال.

إلا أننا نعتقد أن التغيرات الاجتماعية التي تتعرض لها هذه المجتمعات وانعدام الخدمات النفسية المتخصصة في مجال اضطرابات الطفولة لا تبعث على التفاؤل الشديد. وبناء على تجربة أحد الكتاب (ع. إبراهيم) في إحدى العيادات النفسية في البلاد العربية نجد أن ما يقرب من 65 ٪ من الحالات التي تفد للعيادة طلبا للخدمة النفسية والطبية هي للأطفال. وتمتد الشكاوى في مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات هي-كما سنرى فيما بعد-في صميم التخصصات النفسية-السلوكية. ولهذا فإننا نعتقد أن وجود خدمات نفسية-سلوكية أصبح أمرا ضروريا ومطلبا ملحا.

أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال:

تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتتبع المنتظم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي (DSM. III. R,1987) لهذه الحالات. فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي:

1- مشكلات متعلقة بالنمو: التخلف العقلي أو الدراسي-مشكلات النمو اللغوي-صعوبات التعلم.

2- مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: الإفراط الحركي (الحراكية)[1]-العدوان-تشتت الانتباه-التخريب-الجنوح-الكذب-الانحرافات الجنسية.

3- مشكلات القلق: قلق الانفصال[2]-القلق الاجتماعي-تحاشي أو تجنب[3] الاحتكاك بالآخرين.

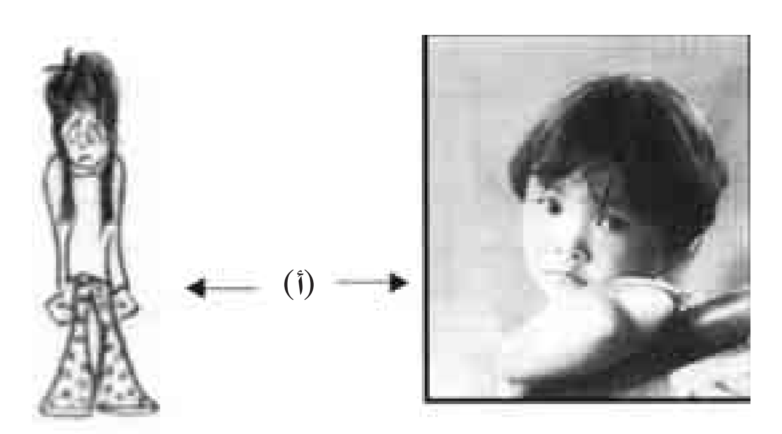
4- الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام [4]: الهزال أو النحافة المرضية [5]-النهم-السمنة [6]-التهام المواد الضارة [7].

5- اللوازم الحركية [8]: نتف الشعر-مص الأصابع-قضم الأظافر.

6- اضطرابات الإخراج: التبول اللاإرادي[9]-التغوط[10].

7- اضطرابات الكلام واللغة: التهتهة-البكم-الحبسة الصوتية.

8- اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة-السلوك الاجتراري[11].





شكل رقم (١): تتنوع مشكلات واضطرابات الطفل، فبعضها يتعلق، وبعضها باضطرابات السلوك الاجتماعي والحركة(جـ) والجنوح والعدوان، وبعضها يتعلق باضطرابات الوجدان وذلك مثل اضطرابات القلق كقلق الانفصال(ب) والاكتئاب (أ). وقد كان يعتقد أن الأطفال ليسوا عرضة للإصابة بالاكتئاب أو أن الإصابة به محصورة في الكبار، ولكن الدراسات المعاصرة تثبت أن الأطفال يمكن أن يتعرضوا للاكتئاب بكل أعراضه المتوافرة لدى البالغين بما في ذلك الحزن ونقص الوزن واليأس.



ولا يعني التصنيف على النحو وجود حدود قاطعة بين الفئات. فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص، وما هذا التصنيف إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسانيين، وإن كان ينقصه الكثير من الدقة عند التطبيق (Mishel, 1986).

اضطرابات نوعية:

إلا أن أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو الاكتفاء بتصنيف الاضطرابات أو الأعراض أو الشكاوى وفق فئات عريضة. فالمطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هو تحديد السلوك المطلوب علاجه تحديدا نوعيا ودقيقا. فالمعالج السلوكي-على سبيل المثال-لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بالعدوان. بل يفضل بدلا من ذلك الإشارة إلى مظاهر سلوكية محددة مثل: يستخدم ألفاظا قبيحة-يضرب أخته-يعتدي على أبويه بالضرب-يبصق-يخطف الأشياء من أمام زملائه-يحطم أثاث المنزل يشعل النيران-وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي يمكن وصفها عادة بالعدوانية. وعلى المنوال نفسه يفضل المعالج السلوكي استخدام صياغات سلوكية محددة مثل: يخاف من الظلام-يشعر بالسخونة في المدرسة-يرفض الذهاب للمدرسة-لا يستيقظ مبكرا في أيام الدراسة.. بدلا من وصف الطفل بأنه يعاني عصاب القلق، أو تنتابه المخاوف المرضية. ويوضح الجدول رقم (١) بعض الصياغات السلوكية المقبولة من السلوكيين لبعض أنواع الاضطرابات السيكياترية (انظر الجدول رقم ١).

ويحتاج المعالج السلوكي إلى أن يدرب نفسه جيدا على عمل مثل هذه الصياغات السلوكية، والفوائد التي يجنيها المعالج من هذه المهارة متعددة فهي تسهل له ملاحظة المشكلة وتقييمها وتعينه على وضع خطة محددة للعلاج ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء. ولهذا يبذل المعالجون السلوكيون جهدا كبيرا في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للاضطرابات السيكياترية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع «ولبي» و«لانج» (Wolpe & Lang, 1964) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الاجتماعية[12]



شكل رقم (2): من المشكلات الشائعة بين الأطفال في سنوات المراهقة ما يتعلق بمشكلات السلوك الاجتماعي بما فيها الميل للتخريب وتدمير الممتلكات العامة ونحو ذلك.

وهي تتكون من 74 بندا تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال من أشياء مثل: الثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والاجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء.. إلخ. ونستخدم-من ناحيتنا-في العيادة السلوكية بكلية الطب بجامعة الملك فيصل قائمة مشكلات الطفل التي تتكون من 75 مشكلة نوعية تساعد المعالج على تقييم حدوث كل مشكلة فيها على مقياس يتراوح من ا(تنطبق أو تشيع بشدة في سلوك الطفل) إلى 3 (لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة). ويمكن للقارئ أن يتجول في هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التي يعانيها الأطفال (أنظر جدول 2)

جدول رقم 1

الصياغات السلوكية للمفاهيم السيكياترية*

أنواع المفاهيم	الصياغة السلوكية – النوعية	المفهوم	الصياغة السلوكية – النوعية
مكتئب	يبكي يجلس بمفرده بطيء الحركة يردد عبارات مثل : أشعر بالاكتئاب يرفض الطعام وزنه يتناقص بمقدار . . . كذا (. . .) يهدد بالانتحار حاول الانتحار من قبل عدد . . . مرة	اجتماعي	يحب حضور الحفلات يلتقي الغرباء يدعو الأطفال الآخرين يفضل أن يقضي وقته مع الأصحاب يصادق كثيرا من الأطفال يتلقى كثيراً من الدعوات للخروج والحفلات . . . الخ
		ذكي	يحصل على درجات أكاديمية عالية يسجل نسبة ذكاء فوق المتوسط يقرأ الكتب المتقدمة عن عمره يتحدث أكثر من لغة يمارس لعبات تحتاج للتفكير كالشطرنج
عدائي	ينتقد الآخرين بشدة يضرب يتعارك يخرب ممتلكات أحد الأشخاص يقاطع الآخرين يهاجم ويمزق يسب ويهين		
ذهاني	يضحك من دون سبب يتحدث مع نفسه بصوت عال لا يستجيب للناس يترع ملابسه علنا يقضي أوقاتا طويلة بمفرده لا يبدو أنه يكترث لما يحدث حوله ينفجر بالغضب دون سبب واضح لغته مفككة يهلوس (يرى أو يسمع أشياء لا يحس بها الآخرن) يلعب بأعضائه التناسلية علنا لا يرعى نفسه	عصابي	يتحاشى لقاء الآخرين يتحاشى الكلام في وسط مجموعة وجهه يشحب يغص أو يبلع ريقه يرطب شفتيه يتنفس بصعوبة يعرق أطرافه دائماً باردة يتهته أو يتغير في الكلام يجزع من بعض الحيوانات بشدة يرتعد عند الذهاب للمدرسة لا يستطيع رد الإهانة

* عن: إبراهيم (عبدالستار)، الدخيل (عبدالعزيز)، إبراهيم (رضوي). 1993 مع بعض التصرف.

جدول رقم (2)

قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص / الطفل : ______________________ عمره : __________ تعليمه : ______________

التشخيص الطبي : ______________________ المستوى العقلي : ______________________

التعليمات: العبارات التالية تعبر عن مشكلات لدى بعض الأطفال. المطلوب قراءة كل عبارة منها وحدد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر في سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضي، الإجابة تكون بوضع x تحت الرقم المناسب أمام كل عبارة.

1 = تنطبق تماما أو مشكلة قوية، 2 = تنطبق على وجه العموم، 3 = لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة.

السلوك	1	2	3	السلوك	1	2	3	السلوك	1	2	3
حزين وغير سعيد				يصيح ويصرخ				يتبول على نفسه بالنهار			
يخجل				يرتمي على الأرض				يتبول على نفسه ليلا			
ينقاد بسهولة				يهدد ويهين				يتبرز على نفسه			
ينعزل عن الآخرين				يضرب ويعتدي				يمص أصابعه			
يبكي				يشتم بألفاظ قبيحة				يعض أو يأكل أظافره			
يخاف من الناس				يخبط الأبواب والنوافذ				ينتف شعره			
يخاف من الظلام				يحطم الأثاث				يأكل القاذورات			
يخاف من الحيوانات				يمزق ويقطع				يلعب بأعضائه التناسلية			
يخاف من أشياء أخرى				يعض				يكشف عن عورته			
يؤذي نفسه باللطم، إلخ . .				يجادل				يلعب جنسيا بطرق بذيئة			
ينام متقطعا				يلح				يهمل واجباته المدرسية			
يستيقظ مفزوعا				يسرق				يهرب من المدرسة			
يكثر من النوم				يكذب				أداؤه المدرسي يتدهور			
يستيقظ مبكرا ولا ينام				يرمي أشياء على الناس				يشكو من آلام بالبطن			
تصيبه كوابيس ليلا				يبصق				يتقيأ			
لا يظهر غضبه				يرفض الانصياع للأوامر				يشكو من الصداع			
يكتم ضيقه				يتعارك				يتعلق بأمه			
لا يدافع عن نفسه				يحب أن يغيظ				يتعلق بأبيه			
تُجرح مشاعره بسهولة				يتفجر بالغضب				يلتصق بالكبار			
يتهته في الكلام				يكثر من الحركة والتنطيط				يتعجرف على الأطفال			
يصعب عليه الكلام				لا يستمر في نشاطه				يفزع بسهولة			
يتكلم بطريقة لا تفهم				لا كترث لما يقال له				يترع ملابسه علنا			
يخشى الخروج من البيت				يتشتت انتباهه بسرعة				لا يأكل جيدا			
يتحدث مع نفسه				يضحك مع نفسه				وزنه يتناقص			
لا يستجيب للأطفال				لا يستجيب للأقارب				يأكل بشراهة			
لا ينتبه				أشياء أخرى . . إلخ . .							

أي ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها . . أضفها هنا . . . .



شكل رقم (3): يعتبر الإفراط الحركي والعدوان من أهم الاضطرابات السلوكية التي تمثل إحدى الشكاوى الرئيسية في العيادات السلوكية.

الخلاصة

تتزايد المشكلات الانفعالية والعقلية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال تزايدا واضحا .. مما يستتبع ضرورة وجود اهتمام بتقديم الخدمات النفسية والرعاية الملائمة. ويذكر لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال والتي تحتاج إلى التدخل المهني. لكن أحد أهدافنا الرئيسية هنا أن نبين أن التصنيفات التقليدية لاضطرابات الطفولة لا تكفي.. ونفضل بدلا من ذلك ترجمة المفاهيم العامة إلى عناصر سلوكية يمكن ملاحظتها وتتبعها وتقدير مدى انتشارها في سلوك الطفل. ومن ثم كان هدفنا من هذا الفصل أن نساعد القارئ على شحذ قدرته ومهارته على الصياغات السلوكية للاضطرابات الشائعة بما فيها مفاهيم كالعصاب والذهان، والعدوان.. إلخ. إن الصياغة السلوكية بما تتميز به من تحديد نوعي للمشكلة، تعتبر من الإسهامات البارعة التي قدمتها مدرسة العلاج السلوكي لإثراء علم النفس المرضي تشخيصا وعلاجا. ومن ثم قدمنا للقارئ قائمة المشكلات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد مدى شيوع الاضطرابات بين الأطفال قبل الدخول في أي برنامج علاجي.. حتى يتحدد بالضبط الهدف من العلاج وتقدير مدى التقدم فيه.

2 ما العلاج السلوكي؟

العلاج السلوكي ببساطة شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية. ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك. ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي «بافلوف» L. Pavlov ومن بعده «واطسون» Watson «هل» Hull الأمريكيان. لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس. ونتفق-نحن-مع هذا التصور الذي تنعكس صورته في هذا الكتاب. ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما سنستخدمه في هذا السياق علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل:

أ- الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور

نظريات التعلم عند «بافلوف» و «هل» بشكل خاص.

ب- الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي «سكينر» Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تتطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.

ج-أساليب العلاج الذهني أو المعرفي[1] والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.

د- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية[2].

ويرى البعض أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك[3]، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على الحالات التي تتصف بالاضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعوقات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجنوح. بينما يفضل آخرون (Goldfried & Davison,1977) استخدام مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر شمولا في مدلوله من مفهوم تعديل السلوك، لأن علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط الخاطئة من السلوك. إلا أننا سنستخدم المصطلحين بالتبادل كمرادفين للإشارة إلى نفس المعنى متفقين في ذلك مع تيار حديث من المعالجين (Kraisner,1990).

كذلك يجب أن نميز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي[4](Pichot,1989). وقد اعتاد الباحثون أن يستخدموا مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل العلاج بالتحليل النفسي والعلاج الإنساني والوجودي. لكن الشائع بين كثير من الأطباء النفسيين النظر إلى العلاج النفسي بأشكاله المختلفة والعلاج السلوكي كليهما على أنهما يشكلان تيارا واحدا مستقلا في مقابل العلاج الطبي. ويمكن النظر وفق هذا التصور إلى العلاج السلوكي والعلاج النفسي على أنهما يشيران بشكل عام إلى

تعديل الحالات المرضية بوسائل غير طبية (Pichot,1989). ولتجنب إرباك القارئ بشأن هذه التمييزات فإننا سنستخدم في أحيان كثيرة مصطلح العلاج النفسي-السلوكي ونحن نعني الإشارة إلى العلاج السلوكي. لكن يجب إلا يستشعر القارئ من ذلك أن العلاج السلوكي هو نفسه العلاج النفسي، فالعلاج السلوكي تيار مستقل له مسلماته الخاصة ووسائله المستقلة.

المسلمات الرئيسية التي يتبناها العلاج السلوكي

تتميز نظرة العلاج السلوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي:

1- لا يبذل المعالج السلوكي مجهودا كبيرا-عكس زميله في التحليل النفسي-في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك، أو في محاولة إرجاعه إلى صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية، إذ إن العلاج السلوكي يختلف عن الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي السابقة من حيث إنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيها المراجع (إبراهيم 1988، الدخيل 1990. , Kraisner). فالمعالج السلوكي الذي يهدف-مثلا-إلى علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي من السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة، ولا يعالج الخوف على أنه نتاج لعوامل لا شعورية، أو صراعات أوديبية في المراحل المبكرة من النمو الجنسي، بل إنه يجعل التحرر من الخوف هو الهدف الرئيسي الذي يجب أن تتجه له مجهودات العلاج. والمعالج السلوكي إذ يجعل هدفه التغيير المباشر للمشكلة ينظر إلى الاضطرابات على أنها سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.

2- إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتحمان، إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف، أو يقلق. وفي تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات أو ردود الأفعال البيئية (من قبل الأسرة أو المحيطين بالطفل) قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره، وهي الأسباب التي يعرف المعالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي إلى التخلي عن هذا السلوك، ومن ثم التخلص من المشكلة برمتها. فالمعالج

السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.

3- ومن المسلمات الرئيسية التي يتبناها المعالج السلوكي والتي تضعه في موقع فريد ومختلف جذريا عن العلاجات النفسية الأخرى أنه لا يرى-ما يراه المحللون النفسيون مثلا-وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة، لأنه لا يوجد في نظامه العلمي مثل هذه الافتراضات، وإن كان يجد أنه من الحكمة التناول الجذري للمسببات البيئية للمشكلة لمنع رجوعها. إذن يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح (Eysenck,1978). وهذا المنطق يختلف بالطبع عن منطق المرض الجسمي أو عن النموذج الطبي-العضوي الذي ينظر بمقتضاه إلى الإصابة بالصداع مثلا على أنها عرض قد يخفي وراءه مرضا آخر كالأنفلونزا، أو سرطان المخ، أو زيادة نسبة السكر في الدم. أو الإجهاد.. أو إلى غير ذلك من أمراض.

4- وينظر المعالجون السلوكيون بشك شديد إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض. فالموقف الذي يتبناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن علاج مشكلة كالخوف مثلا سيجعل الطفل قادرا على مواجهة مشكلته الراهنة، ومن ثم ستتسع أمامه آفاق الصحة والنمو السليم: إذ سيكتسب ثقة بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه، وستتاح له فرص احتكاك جديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه. وكل ذلك سيؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي في شخصيته. أما القول إننا نحتاج إلى تغيير الشخصية وحل صراعاتها قبل أن نعالج مشكلة الخوف، والقول إننا ما لم نفعل ذلك-أي ما لم نبدأ من الشخصية أولا-فإن الخوف سيستبدل بخوف آخر أو مشكلة انفعالية أخرى، فهو قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية ويمثل نقطة خلاف علمية عميقة بين العلاج السلوكي وغيره من أنواع العلاج النفسي.

ولم تكتف السلوكية-بصدد هذه النقطة-بمناقشة هذا الخلاف على المستوى النظري البحت، بل عملت من خلال البحوث والدراسات المتعددة،

والنماذج العلاجية على إثبات أن علاج الأعراض وحدها لا يؤدي إلى ظهورها في شكل أعراض بديلة. وربما-لهذا السبب-نجد أن الموافقة على نشر أي حالة من حالات العلاج السلوكي في بعض دوريات العلاج السلوكي تشترط أن يقدم المعالج تقييما لتطور الأعراض وما يرتبط بها من تغيرات سلوكية إضافية سلبية أو إيجابية بعد انقطاع العلاج، ومن هذه الناحية تدل التقارير المنشورة على أن التخلي عن الأعراض بعلاجها مباشرة وبالطرق السلوكية لا يؤدي إلى النجاح في إزالة هذه الأعراض فحسب، بل تتعمم نتائجها لتحدث تغيرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن موضوعا مباشرا للعلاج. فالنجاح يخلق نجاحا آخر، واكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة، سيؤدي إلى مزيد من الثقة في اكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك.

5- أما من حيث المسلمات النظرية، فإن العلاج السلوكي، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الأكاديمي بمدارسه المختلفة، إلا أنه يستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم. فهو قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الأكلينيكية. والعلاج النفسي يفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط ويتبنى في نظرته للسلوك المرضي نفسه النظرة التي تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك. ولهذا ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب. فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادئ التعلم نفسها التي أدت إلى اكتسابنا السلوك المرضي (إبراهيم، 1987، الدخيل، 1990).

وبالرغم من أن البدايات الأولى للعلاج السلوكي، والتي يعتبرها البعض الثورة الأولى في العلاج النفسي (Drasne 1990,)، جاءت مرتبطة بتطور نظريات المنبه والاستجابة التي كان من روادها الأوائل «بافلوف»و«واطسون»، إلا أن هناك تطورات معاصرة في هذه الحركة وسعت من القاعدة الرئيسية التي ترتكز عليها مسلماتها. فإسهامات سكينر وأتباعه أثرت العلاج السلوكي ونقلته من عالم السلوكية التقليدي محدود النظرة والكفاءة إلى مستوى أكثر فعالية وشمولا في تفسير وتحليل وعلاج مختلف أنواع السلوك

ومستوياته بما في ذلك ما اصطلح على تسميته بالسلوك المعرفي (الدخيل 1990).

كما برزت إلى الوجود الآن ما يسميه كرايزنر (Kraisner،1990) الموجة الثانية[5] أو الثورة الثانية في حركة العلاج السلوكي. وهذه الموجة بدأت تقريبا في عام 1975 وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظريات التعلم التي تمثلت في ظهور نظريات التعلم المعرفي[6] والتعلم الاجتماعي[7]. (للمزيد من هذه النظريات انظر بالعربية: إبراهيم، 1987). وقد فتحت هذه الإسهامات الجديدة للمعالجين السلوكيين آفاقا وإمكانات جديدة ومتعددة لتغيير السلوك وتطوير نظريات التعلم الكلاسيكية، بحيث أصبحنا ننظر إلى البدايات الأولى للعلاج السلوكي-في تجارب واطسون مع الطفل ألبرت (Albert)، أو ماري كوفر جونز (Jones) مع الطفل بيتر (Peter)-على أنها تتصف بالتبسيط الشديد إذا ما قارناها بما تتميز به الموجة الثانية من العلاج السلوكي. ولهذا فنحن نفضل أن ننظر لحركة العلاج السلوكي المعاصرة على أنها حركة علاج متعددة الأوجه، ويحسن هنا أن نسلط الضوء على ما يعنيه ذلك بشيء من التفصيل. ومن خلال ذلك سنوضح ما أسهمت به نظريات وأبحاث التعلم الفعال (الإجرائي) والمعرفي والتعلم الاجتماعي من تغيير شامل في العلاج السلوكي.

جدول رقم 3

قائمة المدعمات

اسم الشخص : ________________________________

هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة. فالمطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه. . أضف إلى القائمة ما تشاء.

اجتماعية وشخصية	نشاطات	ممتلكات
1- مساعدة الأم في المطبخ	1- الذهاب إلى الملاهي	1- ملابس . . .
2- المدح	2- رسم أو تكوين	2- مجلات . . .
3- اللعب مع الأب	3- خياطة أو تفصيل	3- كتب . . .
4- الخروج للنزهة بمفرده	4- قص ولزق	4- أدوات . .
5- الخروج للنزهة بصحبة الأسرة	5- الصيد	5- أقلام . .
6- الخروج للنزهة بصحبة الأصدقاء	6- السباحة	6- صور للتعليق . .
7- إعطاء وقت للانفراد	7- صلاة جماعية	7- مشروبات غازية
8 - الإصغاء والانتباه للشخص	8- القيادة	8- عصير أو آيس كريم
9- التفريط العلني وإبداء الإعجاب	9- شراء أشياء من السوق	9- لبس
10- الذهاب إلى حفلة	أو المخبز	
11- زيارة أصدقاء	10- إطعام صغار الحيوانات	10- سجائر
12- الانتماء لجماعة رياضية أو نادٍ	11- الدخول في مناقشة	11- شوكلاتة أو
(اجتماعية وشخصية)	12- غناء فردي أو جماعي	حلويات
13- الكلام (تبادل الحوار)	13- مشاهدة تليفزيون -	12- قهوة أو شاي
14- إطلاق نكتة	نشاطات	13- نقود - ممتلكات
15- ألعاب (كرة القدم، سلة تنس،	14- الاستماع لراديو	14- أطعمة للتسلية
شطرنج، سباحة، مصارعة)	15- القراءة	15- أشرطة تسجيل
16- التأييد	16- التربيت على الكتف	16- أشرطة فيديو
17- الاحتكاك البصري والابتسام	أو الظهر	
18- الذهاب إلى الأسواق (ملابس،	17- رحلات	17- ساندوتشات
لعب سيارات، أدوات كهربائية)	18- أعمل مشروبا	18- أدوات تلوين
19- التصفيق له	19- غسيل	19- راديو
20- اللمس والقرب البدني	20- تنظيف	20- تليفزيون
21- المساعدة على عمل شيء	21- تربية حيوانات	21- كاميرا للتصوير
22- تقديم شاي أو قهوة	22- ركوب دراجة	22- ساعة
23- مناقشات	23- كنس أو تنظيف	23- ستيريو
24- اجتماعات عائلية	24- خياطة	24- منبه
25- أشياء أخرى	25- نط الحبل	25- ترتيب الأثاث

الخلاصة

مفهوم العلاج السلوكي-كما سنتبناه في هذا الكتاب-مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب. ولكي يكون هذا التغيير علاجيا-أي فعالا وحاسما-فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب.. وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية.

ويهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية وبتركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة (أو مجموعة الاستجابات) المرضية والشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة. ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي-على تنوعها وثرائها-تتفق فيما بينها على هدف موحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه، أو استبداله بسلوك أو استجابات أخرى. بعبارة أخرى، فإن المعالج السلوكي يطبق القواعد العلمية نفسها في تشجيع الطفل على التوقف عن المشكلة (أو المرض) وتشجيعه على اكتساب سلوك صحي بديل يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

3 العلاج السلوكي متعدد المحاور

(الموجة الثانية من التطور) لكي تقوم بعلاج طفل يشكو مثلا من اضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية، فإن المعالج السلوكي الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدواني من زوايا مختلفة. فمثلا قد يعبر هذا السلوك العدواني عن.

أ- رغبة الطفل العدواني في الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة.

ب- خبرات سيئة في مواقف مماثلة كان يشعر خلالها الطفل بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه.

جـ- قصور في المهارات الاجتماعية-لهذا الطفل تجعله عاجزا عن حل صراعاته ومشكلاته الاجتماعية بطرق غير عدوانية.

د- تفسيرات سيئة لمقاصد الآخرين وللذات يستنتج من خلالها أنه غير كفء أو أنه ضحية وموضوع للامتهان من قبل الآخرين.

ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكي قد يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدها بطريق مقبول. كما يمكن

أن يعلمه طرقا جديدة في التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف. أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية.

ويتوافق العلاج السلوكي متعدد المحاور من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلوك الشاذ والاضطراب. فلأي سلوك مرضي-فيما نعتقد-توجد على الأقل محاور رئيسية هي:

1- الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتسهم في تشكيله وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد.

2- السلوك الظاهر، أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الاضطراب، كالتهتهة، أو التبول اللاإرادي، أو العجز عن الاحتكاك البصري، أو احمرار الوجه، أو شحوبه، أو هروب من المدرسة، أو تجنب لبعض المواقف.

3- المكونات الانفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلب، ازدياد في سرعة التنفس، النشاط الهرموني.. إلخ.

4- الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها. وينطوي هذا الجانب على ما ينتجه التفكير من مبالغات أو تطرف، أو ما يقوله الشخص لنفسه من أفكار سلبية أو انهزامية.

5- ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي، أو قصور المهارات الاجتماعية، فالعدوان والخجل، والانزواء وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة على ضعف المهارات الاجتماعية أو افتقاد المتطلبات الإيجابية للتفاعل الاجتماعي السليم والتواصل الموجب بالآخرين.

ولأن هذه المحاور السابقة تتفق وتتداخل فيما بينها في إبراز السلوك المرضي، وتشكله وتعمقه، فإن المواجهة العلاجية يجب أن تعكس هذه الرؤية متنوعة المحاور. ونظرا لأن المحاور الخمسة السابقة جميعها-فيما عدا المحور الأول الخاص بالموقف أو الحوادث الخارجية-يمكن أن تكون تحت سيطرة المعالج السلوكي، فإننا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلوكي

توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة (أي السلوك الظاهر-الانفعال-المكونات الفكرية، والأساليب المعرفية-نواحي التفاعل الاجتماعي).

لنتناول-كمثال آخر على وجاهة هذه الرؤية-طفلا يعاني القلق الاجتماعي الشديد بصورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زملائه أو مدرسيه أو أي شخص آخر على درجة من الأهمية أو الجاذبية له. إن قلقه في الحقيقة يترجم نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعا في وقت واحد، فهو يشعر بالخفقان والغصة ويزداد تنفسه، ويجف لعابه كدلالة على الانفعال. أما ما نراه من سلوك ظاهري لهذا القلق فقد يظهر في صعوبات الحديث (التهتهة أو الحبسة الصوتية) أو اللجلجة في الكلام وشحوب الوجه والشفتين، وانكسار البصر وخفوت الصوت. كما قد لا يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته أو تساعده على استمرار حواره وتفاعله كدلالة على ضعف المهارة الاجتماعية. وإذا سألته عما كان يفكر فيه خلال هذا الموقف المربك فستجد أنه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع، بأنه (طفل) عاجز وسيفشل فشلا ذريعا في أن يحول هذا الموقف لصالحه.

ويتطلب العلاج الناجح لهذا الطفل أن نوجه نشاطنا العلاجي لتعديل كل هذه المحاور من الاضطراب. فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة لضبط انفعالاته (من خلال تدريبه على الاسترخاء العضلي مثلا) كما يمكن أن ندربه على أساليب جديدة من السلوك أو نساعده على التخفيف من الأساليب السلوكية المرضية (من خلال تدريبه على الطلاقة والتخلص من التهتهة). ويمكن إضافة إلى ذلك أن نساعده على تعديل طريقة تفكيره نحو نفسه (التي تتسم عادة بالانتقاص وتوقع الفشل)، أو طريقة تفكيره في الحدث وشيك الوقوع والتي تتسم عادة بإعطاء ذلك الحدث قيمة إيجابية مفرطة (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحاديث، وخلق موضوعات للحوار، وتوجيه الأسئلة، كهدف من أهداف تعديل طرق التعامل الاجتماعي ومواجهة جوانب القصور في المهارات الاجتماعية.

هذه المحاور الأربعة السابقة، التي تشكل في مجموعها العلاج السلوكي متعدد الأوجه، ترتكز على أربع نظريات رئيسية في التعلم تمثل بدورها الأسس النظرية الرئيسية للعلاج السلوكي.

الخلاصة

يتطلب العلاج السلوكي الناجح أن نوجه نشاطنا لتعديل السلوك المرضي مباشرة وكل الجوانب المحيطة به بما فيها: الحوادث السابقة والتغيرات العضوية الداخلية والخارجية (الانفعالات) والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه وعن الموقف الذي أسهم في تطور الاضطراب، فضلا عن القصور في المهارات الاجتماعية وأخطاء التفاعل بالآخرين: ويمثل الانتباه لهذه المحاور في عملية العلاج النفسي تطورا واضحا في حركة العلاج السلوكي سواء من حيث مناهجه النظرية، أو أساليبه الفنية، أو في اتساع مجالات تطبيقاته العلاجية التي أخذت تمتد في الوقت الحالي لتشمل الكثير من الاضطرابات المعقدة التي كان يصعب على المعالجين السلوكيين في المراحل المبكرة من تطورهم فهمها ومعالجتها.

4 الأسس النظرية للعلاج السلوكي متعدد المحاور

ترتكز مناهج العلاج السلوكي للطفل-كغيرها من المناهج التي تستخدم في علاج مشكلات الراشدين-على أربعة محاور تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي:

أ- التعلم الشرطي:

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحيانا اسم نظرية المنبه-الاستجابة، وهي تتخذ من نظريات «بافلوف» الدعامة الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين.

وترجع بدايات هذه النظرية إلى دراسات «بافلوف» للفعل المنعكس، التي أكسبته تقديرا واسعا بين العلماء وجعلت منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس خصوصا عندما استطاع «واطسون» أن يطوع القوانين العلمية المستمدة من نتائج هذه الدراسات لوصف ظواهر سلوكية عديدة بما في ذلك الأمراض النفسية وعلاجها.

أثبت «بافلوف» في تجاربه أن الكلاب تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت

جرس أو رؤية ضوء، إذا ما اقترن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي هو الطعام. واعتمادا على هذه النتائج يمكن القول: إننا نستجيب ونتصرف نحو كثير من الأشياء المحايدة إذا ما أصبح ظهورها شرطا من شروط منبهات أخرى تشبع حاجاتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة، أو تهدد إشباعنا لهذه الحاجات. إن كثيرا من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها بهذا الشكل حتى تحولت إلى عادات مرضية أو صحية- وليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية. فالقلق، والخوف، والتفاؤل والتشاؤم جميعها يمكن تفسيرها-بالاعتماد على نظريات «بافلوف»-على أنها استجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة.

أما عن العمليات الرئيسية التي يتم من خلالها التعلم الشرطي، فقد نجح «بافلوف» في وضع قائمة منها مازالت تسهم بشكل مثير في تطور حركة العلاج السلوكي. فلكي يحدث التعلم الشرطي لابد أن يحدث اقتران[1] بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلا) والمنبه الأصلي (الطعام). أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعام) مسبوقا بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتتات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبهين.

وعندما نتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم[2] على كل المنبهات المماثلة له، فالطفل الذي تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذي فراء.

ونتعلم أن نستجيب لا لمنبه شرطي واحد فحسب، بل يمكن أن نتعلم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. فإعطاء جرعة من الدواء المر للطفل في المستشفى، ستجعله يستجيب في المستقبل بألم لا لمشهد الدواء فحسب (منبه شرطي 1)، بل أيضا لرائحته (منبه شرطي 2) وللممرضات (منبه شرطي 3) وللأطباء (منبه شرطي 4) ولمشهد المستشفى (منبه شرطي 5). ويطلق على هذه العملية المستويات العليا من التشريط[3] التي يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية (الخوف-الغثيان).

وما تعلمناه يمكن أن يتلاشى. ويقدم لنا «بافلوف» مبدأ الانطفاء[4]

لتصوير هذه الظاهرة التي تحدث عندما تختفي الرابطة بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. فالطفل الذي يتكرر ذهابه للمدرسة دون أن تحدث الخبرات المؤلمة السابقة التي أدت إلى تشكيل مخاوفه نحوها في السابق، ستنطفئ وتتلاشى مخاوفه تدريجيا. ولكن حالما تعود تلك الرابطة بين المنبه الشرطي (المدرسة مثلا) والمنبه الأصلي (عدوان أحد الزملاء)، فإن المخاوف ستعود من جديد وبقوة. ويحدث أحيانا أن تعود المخاوف تلقائيا بعد انطفائها إذا مرت فترة لم يذهب فيها الطفل إلى المدرسة ثم عاود الذهاب، ويطلق على هذه العملية الاستعادة التلقائية[5] (Leuis 1990 1990, Kragher). وسنرى فيما بعد الأساليب السلوكية التي تطورت بتأثير هذه النظرية في مجالات العلاج السلوكي للطفل.

ب- التعلم الفعال (الإجرائي)[6]:

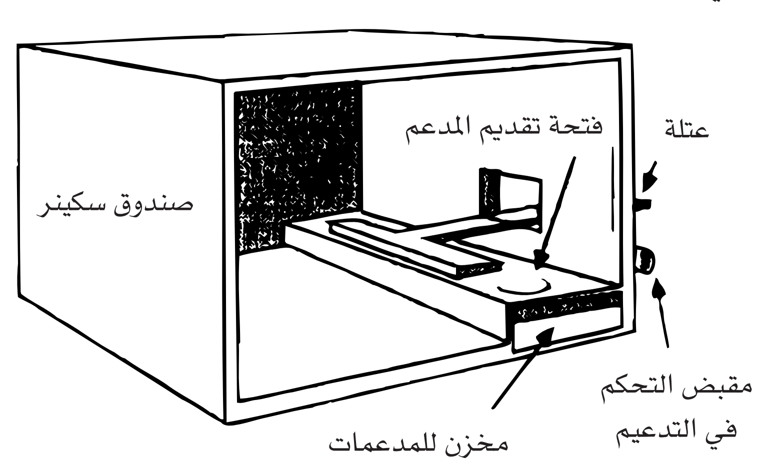
التعلم عند «بافلوف» يتم على نحو آلي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. لكن التعلم الفعال (الإجرائي)-الذي وضع أسسه المنهجية العالم الأمريكي الراحل «سكينر» (Skinner)-يقوم في مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار. ومن هنا يسمى «سكينر» نظريته باسم التشريط الفعال (الإجرائي)[7] 1953 (Skinner)، للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب).

ومن المتفق عليه بين علماء العلاج النفسي-السلوكي-أن كثيرا من جوانب الشذوذ في سلوك الطفل يمكن تفسيرها في ضوء هذه النظرية. فالاستجابة للطفل كلما صرخ وأجهش بالبكاء بالتقاطه وعناقه وتقبيله ستؤدي في غالب الأحوال إلى أن يصبح البكاء أو الصراخ أسلوبا معتادا لهذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة أو إلى إثارة الانتباه. أضف لذلك أن التدعيم الخاطئ، أي الانتباه وإظهار الاهتمام-عندما تصدر عن الأطفال مشكلات سلوكية معينة كالسباب والتهجم على الآخرين أو العزوف عن الاتصال-ستؤدي إلى تقوية هذه الجوانب المرضية من السلوك وليس إلى اختفائها. ولعل أحد الأسباب الرئيسية في فشل العلاج النفسي التقليدي

هو هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج والوالدان بالجوانب المرضية كوسيلة للمعالجة. كذلك عندما يستخدم التعلم الفعال (الإجرائي) بطريقة منظمة ويوجه نحو الأنواع الإيجابية من السلوك بدلا من الاهتمام بالجوانب المرضية فقط، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني.

وتتضمن نظرية التعلم الفعال(الإجرائي) عددا من المبادئ الرئيسية التي ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل من أهمها التدعيم (التعزيز) الإيجابي(8) والتدعيم (التعزيز) السلبي(9)، والعقاب(10)، والتشكيل(11).

ولعل من أكثر هذه المبادئ شيوعا مبدأ التدعيم (التعزيز) الإيجابي. وهو يعني أي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة في حدوثه أو تكراره. ويستخدم هذا المصطلح أحيانا للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التي نستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين. لكن التدعيم الإيجابي يتعدى هذا النطاق الضيق من الحوافز والمكافآت المادية والطعام (أي ما يسمى بالمدعمات الأولية المباشرة) ليشمل أيضا ما يسمى بالتدعيم الاجتماعي كالمدح والتقريظ والابتسام والتربيت وأي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة حدته أو تكراره.



الشكل رقم (4): صندوق سكينر الذي بين من خلال استخدامه أن التدعيم لاستجابة معينة يؤدي إلى تقوية هذه الاستجابة.

أما التدعيم السلبي فهو يعني تدعيم السلوك بإيقاف أو إبعاد شيء أو حدث مزعج. فمثلا إذا توقف شيء أو حدث منفر أو مزعج نتيجة لحدوث سلوك ما فإن ذلك سيشجع هذا السلوك على التكرار تحت ظروف مماثلة. إذن فإن التدعيم السلبي يتضمن إيقاف أو ابتعاد منبه منفر أو كريه حال ظهور السلوك المرغوب فيه. والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث إن كليهما يمكن استخدامه لزيادة شيوع الجوانب المرغوب فيها في السلوك، وإن كان لاستخدام التدعيم السلبي محاذير لا يسمح المجال هنا بذكرها.

ولكي يكون التدعيم فعالا، أي لكي يؤدي إلى النتائج المرغوب فيها، فإنه لابد من توافر شروط منها: أن يكون المدعم محبوبا ومرغوبا من الكائن، وأن تكون له قيمة تحددها ما يبذله الكائن من جهد للحصول عليه، وأن يكون فوريا أي يجب أن يقدم فور ظهور السلوك المرغوب فيه، وأن يكون متقطعا أي أن يقدم أحيانا ويحجب أحيانا أخرى، لأن تجارب «سكينر»وغيره تثبت أن السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره، عند انقطاع المدعم (المعزز)، أكثر وأقوى من السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المستمر. ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري، فقد يكون التدعيم فوريا ومتقطعا في الوقت نفسه.

أما العقاب فهو يعني تقديم منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه. فضرب الطفل عندما يهمل في أداء واجباته أو عندما يعتدي بالضرب على أحد أفراد الأسرة يعتبر مثالا شائعا لاستخدام العقاب في تعديل السلوك. ومن أشكال العقاب: الحرمان والجزاءات التي توقع على الكائن إثر ارتكاب خطأ معين. وينظر علماء التعلم من أمثال «سكينر» و«ثورندايك» (Levis 1991,) بشك إلى قيمة العقاب في إضعاف السلوك المرضي، فتأثيره مؤقت، كما أن السلوك المرضي عادة ما يعاود الظهور في مواقف أخرى (إبراهيم 1987 ,1990 Levis, 1990,. Milan).

أما التشكيل فيستخدم عندما نريد أن نعلم سلوكا مركبا يصعب القفز إلى تعليمه دفعة واحدة، كتعلم الكتابة أو اللغة. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذي نريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

وهناك مبادئ وطرق أخرى لا يتسع المجال لذكرها هنا، لكن الذي لا

شك فيه أن حركة العلاج السلوكي امتدت وزادت عمقا وانتشارا بفضل هذه المبادئ والطرق التي طورتها نظرية التعلم الفعال(الإجرائي). وسنرى فيما بعد كيف أمكن التحكم بفاعلية في كثير من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال بسبب الطرق العلاجية التي بنيت على هذه المبادئ بما في ذلك الاضطرابات البسيطة كقضم الأظافر، أو التبول اللاإرادي أو حتى الهلاوس، والهواجس، والجريمة.



شكل رقم(5): عند تدريب الطفل على أداء سلوك مركب (كالكتابة أو اللغة أو أي من العمليات العقلية) يصعب القفز إلى تعليمه إياه دفعة واحدة، لذا يلجأ المعالج السلوكي إلى استخدام طريقة التشكيل. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب إلى أجزاء صغيرة يدرب الطفل على اكتسابها بالتدرج إلى أن يتمكن من اكتساب السلوك المركب بكامله.

جـ- التعلم الاجتماعي:

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها باندورا (Bandura 1969,) إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل. ولعل من أهم إسهامات «باندورا»في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال-كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له-تتكون بفعل القدوة[12] ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها (التعلم الاجتماعي).

وقد بين «باندورا» من خلال دراساته هذه أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها منها: إعطاء تعليمات

لفظية خلال ملاحظة النموذج، ومنها العمل على إثارة الدوافع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تحثه على أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات. وكذلك يساعد الأداء الفعلي للسلوك على سرعة تعلمه خاصة إن كان يتضمن استجابات مركبة نسبيا. وتزداد القدرة على التعلم الاجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته، كما سنرى عند عرضنا فنيات العلاج السلوكي التي اعتمدت على مبادئ التعلم الاجتماعي.

د- التعلم المعرفي:

ترى نظريات التعلم المعرفي (Beck, 1960 Ingram & Scott 1990,) أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية، أو التعلم الاجتماعي، بل وأيضا من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها.

واتفاقا مع «ميشل» (Miscehel 1973,) و«إنجرام وسكوت» لله (Ingram Scott) نشير إلى أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام.

1- الكفاءة أو القصور المعرفي، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء. فالشخص الذكي، المرن عقليا، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ومحدود المعرفة، والأقل ذكاء.

2- مفهوم الذات وما نحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناتنا الشخصية وقدراتنا. فالطفل الذي يعتنق مفهوما عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب، عادة ما سيتبنى جوانب من السلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة.

3- القيم والاتجاهات التي نتبناها عن المواقف أو الأشخاص الذين نتفاعل معهم. فالطفل الذي يعتقد أن الجاذبية الاجتماعية وتقبل الأطفال الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

4- التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تنتابنا في هذه المواقف وشدتها، واستمرارها. ويؤكد «ألبرت إليس» (Ellis 1962,) و«بيك» (Beck 1976,) أن كثيرا من الاضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل توقعاتنا غير العقلانية، وغير الواقعية خلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين.

هذه هي النظريات الرئيسية للتعلم والتي ساعدت الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي للطفل على النمو والتطور. ولا نريد أن نخلق الانطباع أن هذه النظريات هي كل ما صيغ عن التعلم، فهناك-على الأقل-نظريتان أخريان هما نظرية «ستامفل» (Stamfle 1976,) عن التشبع بالمنبه[13]، والتي أسهمت في تكوين ما يسمى بالعلاج بالغمر أو الإفاضة[14] ونظرية «ايزنك» (-nik-Eyse) التي ركزت على دور الفروق المزاجية في الاستجابات الشرطية. لكن المحاولات الإكلينيكية للاستفادة من هاتين النظريتين في مجال علاج مشكلات الطفل مازالت محدودة مما يدفعنا إلى تجنب التعرض لهما في هذا المقام.

تحذيرات وتنبيهات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب بادئ ذي بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة في وصف طفل معين بالقلق أو الاضطراب النفسي. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج إلى العلاج، وما هو شيء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو. وما نعرفه من اطلاعاتنا على علم نفس النمو أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات تعتبر من أشق المراحل في تربية الطفل، لما يتخللها من تصرفات من قبل الطفل تتسم بالحركة والنشاط المفرط والحرص المفزع على استكشاف البيئة. ولهذا يكون من الطبيعي أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها تهدف إلى التخريب والإزعاج، وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا الطفل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة في هذه المراحل هي-فحسب-نابعة من تشخيصات الآباء وانزعاجهم، ولكنها بالنسبة للطفل تطور طبيعي، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الاستطلاع.

فضلا عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الاضطراب

بمقدار ما تصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم، فإن جهودا كبيرة قد تبذل في محاولات العلاج واستشارة الخبراء يمكن اختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات المختلفة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضا، أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تكتسب بسبب أخطاء في عملية التعلم نتيجة أخطاء بيئية. فالطفل الذي يحاكي ما يلاحظه في أبيه أو إخوته من اندفاع أو عدوان، أو أصوات عالية وكلمات نابية لا يدري أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكا مرضيا أو شاذا. ولهذا تبين البحوث أن اضطرابات الأطفال تكون انعكاسا لأخطاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة المعالج النفسي أنه لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد في مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأسري نفسه مفعما بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان الواجب يقتضي ألا يتم تشخيص مشكلة الطفل بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن مقتضيات العلاج السلوكي تتطلب ذلك أيضا. ولهذا فإن المعالج السلوكي يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء أو المشرفين على الطفل، إذ إن العلاج السلوكي عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهي عملية ممتدة، أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كلتيهما معا.

ويجد المعالج السلوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل، بل قد يتطلب علاجا وتعديلا في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنح بعض وقته وجهده للأسرة محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.





شكل رقم (6): تختلف العلاجات النفسية السلوكية الموجهة للطفل عن مثيلاتها لدى البالغين. فالعلاج السلوكي للبالغين يأخذ عادة شكل المواجهة مع المعالج، ويعتمد على التبادل اللغوي والحوار اللفظي (كما في أ). أما بين الأطفال فإن تركيز العلاج يكون على توجيه الوالدين وتدريبهما (كما في ب)، ويتطلب هذا العلاج مع الطفل الدخول معه في علاقات دافئة والتركيز على الاتصال الوجداني والقرب البدني واللعب (كما في ج). وبعبارة أخرى فإن العلاج السلوكي للطفل عملية نشطة يسهم فيها المعالج والطفل والأبوان وأفراد العائلة والزملاء، وتحتاج لفهم وتعاون بين جميع هؤلاء.



الخلاصة

تعتبر نظريات التعلم الشرطي والتعلم الفعال (الإجرائي) والتعلم الاجتماعي، والتعلم المعرفي بمثابة أهم النظريات التي اعتمدنا عليها في هذا الكتاب، والتي ساعدت على تبلور وجهة نظرنا فيما يسمى بالعلاج السلوكي متعدد المحاور. ولكل نظريه من هذه النظريات الأربع قواعدها المستقلة، ولو أنها مكملة لبعضها البعض. وقد شرحنا في هذا الفصل أهم القواعد والمفاهيم الرئيسية في كل نظرية منها، وأوضحنا أيضا أهم الفنيات والأساليب السلوكية العلاجية المشتقة من كل منها ودورها في تطور حركة العلاج السلوكي، وهو ما سنتناوله بالتفصيل في الباب التالي.

هوامش الباب الأول

الفصل الأول

(1) Hyperactivity

(2) Seperation anxiety

(3) Avoidance disorders

(4) Eating disorders

(5) Anorexia Nervosa

(6) Obesity

(7) Pica

(8) Tica

(9) Enuresis

(10) Encoprusis

(11) Autism

(12) Fear survey schedule

الفصل الثاني

(1) Cognitive therapy

(2) Assertiveness

(3) Behavior modification

(4) Psychotherapy

(5) Second wave

(6) Cognitive learning

(7) Social learning

الفصل الرابع

(1) Association Conditioning

(2) Generalization

(3) Higher Order Conditioning

(4) Extinction

(5) Spontaneous Recovery

(6) Operant Learning

(7) Operant Conditioning

(8) Positive Reinforcement

(9) Negative Reinforcement

(10) Punishment

(11) Shaping

(12) Modeling

(13) Stimulus Satiation

(14) Implosive or Flooding therapy

الباب الثاني
الأساليب والفنيات

مقدمة الباب الثاني

«طوبى للإنسان الذي عندما لا يجد ما يقوله، يمتنع عن إعطاء الدليل بالأقوال».

جورج إليوت

تتضمن تطبيقات العلاج السلوكي في ميدان الطفولة نفس أساليب العلاج السلوكي للبالغين مع بعض الاختلافات التي تتطلبها طبيعة تكون المشكلات النفسية لدى الطفل. ورغم أن ما أمكن توظيفه من هذه الأساليب في ميدان علاج مشكلات الأطفال لا يزال محدودا للغاية، فإن ما أمكن توظيفه منها في هذا الميدان يؤدي إلى تغيرات علاجية واضحة، فيما سنرى في الفصول التالية.

5 أساليب التعويد[1] والكف بالنقيض[2] وأساليب الاسترخاء

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)[3]، وهي تلك الاضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطرا مباشرا على الشخص. ومن أكثر أنواع هذه المخاوف الخوف من بعض الحيوانات، أو الظلام، أو الوحدة. وتزداد خطورة هذا الاضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس[4] أو المخاوف الاجتماعية كالخجل الشديد.

وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا

المبدأ على يد «ماري كوفر جونز» M. C. Jones تلميذة «واطسن» (الدخيل، 1991) لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات. لقد كان الطفل «بيتر» Peter-وهو الطفل الذي قامت جونز بعلاجه-يعاني خوفا مرضيا شديدا عندما كان يشاهد الأرانب أو الحيوانات الفرائية المشابهة بطريقة عوقت تطوره، وأقضت مضجعه بأحلام مزعجة. لقد تمكنت جونز في فترة قصيرة من إزالة مخاوف هذا الطفل، وذلك بتعريضه لمصدر الخوف تدريجيا، بإظهار الحيوان على مسافة بعيدة، ثم تقريبه تدريجيا، في الوقت الذي كان فيه بيتر يأكل طعامه، ويشجع بالربت والابتسام على المواجهة.

ومازال هذا المنهج التدريجي في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن.

وفي فترة حديثه نسبيا نشر الطبيب النفسي السلوكي-المعروف «جوزيف ولبي» (Joseph Wolpe 1985) كتابه الشهير بعنوان العلاج بالكف المتبادل، وفيه أثبت أن ما يقرب من 90٪ من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها (نحو 200 حالة) أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ، وقد استوحى «ولبي» الفكرة الرئيسية لهذا المبدأ من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله «جونز» بثلاثين عاما. ويلخص لنا ولبي طريقته على النحو الآتي:

«إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له، إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (Wolpe1958).

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عددا من الشروط منها:

1- أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته. وقد رأينا أن جونز استخدمت الطعام، فقد كانت تظهر الحيوان المخيف بينما بيتر يأكل طعامه المرغوب فيه. وقد تكون الاستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين، وعناقهم للطفل وتشجيعهم ومدحهم له. ولهذا يفضل بعض المعالجين أن يكون الطفل في صحبة شخص يبعث على طمأنينته وراحته عند تعريضه للمواقف المثيرة للخوف. أما بالنسبة

للأطفال الأكبر سنا فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء[5] في جلسات مستقلة، ثم يشجع على استحضار هذا الاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة (للمزيد من الاسترخاء وأساليب ممارسته والتدريب عليه انظر إبراهيم، 1983،إبراهيم 1987).

2- تقسيم الموقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة بحيث نبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل. ويأخذ هذا التدريج في بعض الحالات شكل التقليل التدريجي من المسافة التي تحول بين الطفل وبين موضوع الاضطراب كما كانت تفعل جونز عندما كانت تظهر الأرنب في البداية من مسافة بعيدة جدا لا تثير مخاوف الطفل.

ويمكن تدريج التعرض للموقف زمنيا، أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجيا. وكمثال على هذا ما استخدمه مجموعة من المعالجين السلوكيين المعاصرين في علاج المخاوف المرضية من الظلام (King, Cranstoun, & Josephs 1989,) لدى طفل في السادسة من عمره، أصابه خوف شديد من الظلام إثر مشاهدته أحد الأفلام السينمائية المعروفة عن الكائنات الفضائية (Aliens)، لقد تحكم الخوف من الظلام بهذا الطفل لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بمفرده في حجرته، وبصورة أعجزته عن الذهاب للحمام بالليل. وقد انتهى به الأمر إلى أنه كان يرفض أن يغادر أمه أثناء النوم في حجرتها مما أربك نظام الأسرة وعلاقاتها. وقد ابتكر المعالجون طريقة تدريجية زمنية لاحتمال الظلام يطلب فيها من الأسرة أن تقوم بممارستها مع الطفل كل أمسية وأثناء الليل وقبل حلول موعد النوم وفق ما يأتي:

«نريدك أن تذهب الآن إلى حجرتك، وأن تجلس هناك، أو أن ترقد على سريرك. سنطفئ الضوء في حجرتك ونريدك أن تحاول قدر استطاعتك أن تظل في الحجرة أطول مدة ممكنة. إذا شعرت بالخوف الشديد لا تحاول أن تشعل الضوء، لكن ببساطة افتح باب حجرتك واخرج إلينا. يمكنك بالطبع أن تترك حجرتك وتغادرها في أي وقت تشعر فيه بالخوف، ولكن أريدك أن تتشجع على البقاء في الحجرة أطول فترة ممكنة دون ضوء. سنكون بالخارج نرجو أيضا ألا تصرخ أو تنادي على أحد، ما عليك إذا شعرت بالخوف إلا أن تفتح الباب وتخرج إلينا بأمان».

إن هذا الأسلوب الذي أثبت نجاحه في علاج هذه المخاوف يقوم على زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تتحيد مشاعر الطفل نحوه.

3- ويتم تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجيا إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديدا أو من خلال التعريض المباشر[6] إذا كان ذلك ممكنا، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولا.

خذ على سبيل المثال حالة طفل عانى من الخوف الشديد من المستشفيات وسيارات الإسعاف لدرجة أن كان يغمى عليه إذا مرت بجواره سيارة إسعاف أو إذا سمع صوتها. وكان من نتيجة ذلك أن الخوف كان يمنعه من الذهاب للمستشفى أو العيادة للعلاج إذا ما تطلب الأمر ذلك. لقد بدأ المعالج (Lazarus، 1971) بتدريبه أولا على الاسترخاء في ثلاث أو أربع جلسات. ووضع المعالج بالتعاون مع الطفل تدريجا لمخاوفه بدءا من رؤية سيارة إسعاف من مسافة بعيدة، أو مصورة على شاشة تليفزيون وحتى رؤية أو تخيل عنبر جراحة في المستشفى. لقد أمكن بعد مرور ثلاثة أيام فقط من جلسات التعرض التدريجي أن يمشي الطفل على مقربة من سيارة إسعاف في موقف للسيارات مع تشجيعه على النظر بداخلها بعد فتح أبوابها الخلفية. وبعد عشر جلسات أجمعت كل الملاحظات وتقارير الوالدين على تحسنه، وأنه أصبح بإمكانه القيام بزيارة المستشفى وركوب سيارة الإسعاف، وبتتبعه بعد ذلك لمدة ثلاثة شهور لم يكن هناك ما يشير إلى انتكاس في الإنجازات العلاجية. وعموما فإن التعرض التدريجي للمواقف بطريق التخيل ثم التعرض المباشر لها من الأساليب التي أثبتت نجاحها في علاج مشكلات الخوف لدى الأطفال، وهناك تقارير متعددة-لا يتسع المجال هنا للإشارة إليها لكثرتها-تثبت نجاح هذا المنهج في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام والسفر والسيارات والضوضاء، والخوف المرضي من المدارس وزيارة الأطباء والتعامل مع المدرسين والغرباء.

الاسترخاء العضلي[7]:

عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة

معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة. ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهة فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيرا عن وجود توترات عضوية وعضلية ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم[8] القهرية في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة، وتتوتر أيضا أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف، ويتعطل نشاط بعض غدده كالغدد اللعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته.

ولهذا استخدم «جاكبسون» ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي[9] الذي يطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة ثم إنه يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء أعضاء جسمه نحوا عضوا، بأن يطلب منه في البداية أن يغلق راحتي اليدين بكل قوة وإحكام، وأن يلاحظ التوترات والانقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحهما بعد ثوان معدودة واضعا إياهما في مكان مريح ملاحظا ما يحدث في عضلات مقدمة الذراعين من استرخاء وراحة عامة في الجسم كله. وهكذا ينتقل المعالج بالطفل إلى مختلف أعضاء جسمه بدءا من القدمين ومرورا بالساقين والفخذين، وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة-توترا ثم إرخاء. حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلى التحكم الكامل، واكتساب القدرة على الاسترخاء (للمزيد وللاطلاع على الإجراءات العلاجية للاسترخاء وبعض التمارين المستخدمة لذلك انظر: (إبراهيم، 1983، إبراهيم 1987 (Benson al. 1974, Lazarus, 1971).

وفي تقرير حديث (Peterson and Harbeck, 1990. p .745) عن استخدامات الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفف من الاضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيزيولوجية، وعلى سبيل المثال استخدم أندرسون (Anderson 1975,) بنجاح ثلاث جلسات استرخاء (كل منها استغرق ساعة) مع طفل كان يعاني الأرق. كذلك أمكن استخدام الاسترخاء بنجاح في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو.



شكل رقم (7): من شأن الاسترخاء العضلي وحده أن يؤدي إلى التخفيف من القلق والتوتر عند مواجهة المواقف المهددة. ويمكن التدريب على الاسترخاء في العيادات السلوكية بطريقة منظمة، كما يمكن للشخص أن يمارسه بنفسه باستخدام أجهزة التسجيل السمعي.

وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءا رئيسيا من مشكلات الطفل النفسية. ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية-أكثر مثلا من حالات الاكتئاب-بسبب النشاط الاستثاري المصاحب لهما. كذلك يبدو أن نجاح الاسترخاء في علاج حالات الربو وتحمل الألم ومشكلات علاج الأسنان يرجع إلى نفس هذا السبب وهو بروز الجانب العضوي كجانب رئيسي من جوانب التعبير عن الاضطراب النفسي. أما عندما يكون الاضطراب النفسي غير مصحوب بذلك فإن من الأفضل الاعتماد على الأساليب العلاجية الأخرى التي سيأتي تفصيلها (Peterson and Har beck,1990)).

ويرتهن نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد 8 سنوات تقريبا) وألا يكون متخلفا، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها.

الخلاصة

التعويد والكف بالنقيض طريقتان من العلاج يتم بمقتضاهما إزالة السلوك المرضي (خاصة الخوف والقلق) من خلال التعرض التدريجي للمواقف المرتبطة بظهوره.. مع استبدال السلوك المرضي بسلوك آخر معارض ومناقض له. ويتطلب استخدام هذا السلوك التعرف على المصادر المرتبطة بظهور الخوف والقلق، وأن نرتبها حسب درجة شدتها بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق وننتهي بأكثرها تأثيرا في إحداثه. ثم يمكن بعد ذلك تعريض الطفل لهذه المواقف تدريجيا بطريق التخيل أو التعرض الفعلي. ويساند استخدام هاتين الطريقتين أسلوب آخر هو الاسترخاء العضلي التصاعدي، وهو أسلوب حديث له شروط وقواعد يتعرض لها هذا الفصل بالتفصيل، ويرتهن نجاح الاسترخاء كطريقة علاجية لمشكلات الخوف والقلق عند الأطفال بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك، وأن يكون على درجة عادية من الذكاء، وأن تكون اضطراباته وجوانب القلق لديه غير مرتبطة بمكاسب ثانوية، أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها.

٦ التدعيم والعقاب والتجاهل

«غسان»[1] طفل في الثالثة عشرة من العمر، كان يتردد على العيادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية، لسنوات بسبب الإفراط في الحركة، وبسؤال الوالدين تبين أن «غسان» كان يعاني مشكلات أخرى من بينها التبول اللاإرادي وإهمال الواجبات المدرسية، والاعتداء على الأم بالضرب، وعدم الاستجابة للتعليمات أو للتهديدات المختلفة التي كانت تبذل بسخاء لمنعه من التبول على نفسه. وبسؤال الوالدين تبين أن إخوته الكبار ووالديه جميعهم كانوا قد عزفوا عن التعاون معه، ونفروا منه وكانوا يفضلون مواجهته بالعقاب والضرب إذا ما تبول، أو إذا اعتدى على أمه بالضرب. أما في المدرسة فمد كان تخلفه واضحا، فقد رسب لعامين متتاليين، وكان هناك تهديد بفصله تماشيا مع الأنظمة، وكان من رأي المدرسة أن من الأفضل لـ «غسان» أن يحول إلى التعليم الخاص في إحدى مدارس التربية الفكرية.

أما عن العلاج الطبي، فقد كان غسان موضوعا تحت إشراف طبيبة نفسية كانت تعطيه بانتظام عقاقير «الريتالين» للتحكم في الإفراط الحركي، ورغم أنه أمكن التحكم بالإفراط الحركي فإن ما

كان يعطى له من أدوية أخرى «كالتوفرانيل» Tofranil للتحكم في التبول اللاإرادي لم يعط نتيجة حاسمة، فقد كان «غسان» يعاود التبول اللاإرادي كلما توقف الدواء. عندما حول «غسان» إلينا (ع. إبراهيم)، لم يكن هناك ما يدل على العدوان، بل على العكس كان غسان نحيف البنية، يبدو عليه الإنهاك وكانت تبدو على وجهه الحيرة وعدم الاكتراث. كما أن نسبة ذكائه باستخدام اختباري «رافين» للمصفوفات [2] واختبار رسم الشخص [3] وصلت إلى85، أي في فئة أقل من المتوسط بقليل. لقد كان واضحا أن معايير التخلف العقلي لا تنطبق عليه، وأن مشكلاته الانفعالية والسلوكية والعقلية بما فيها التخلف الدراسي كانت-فيما يبدو-عرضا من أعراض الاضطراب وليست بسبب التخلف العقلي. من خلال جلسات التشخيص مع الأم والطفل وبعض أفراد الأسرة تبينت لنا الحقائق الآتية:

1- أن المشكلات التي يعاني منها «غسان» وتعاني منها الأسرة متعددة وأن البدء بها مجتمعة أمر غير واقعي، وأنه لابد لهذا أن نختار من بين هذه المشاكل مشكلة واحدة تكون محورا رئيسيا للعلاج بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع غسان على التغير وتشجع أسرته على التعاون معه.

2- كان من الواضح أن الأسرة لا توليه اهتمامها، ولكنهم كانوا جميعا ينزعجون من تصرفاته المضطربة ويعبرون عن ذلك بضربه.

3- أن الأسرة تشعر تقريبا بفشلها في تقويم سلوكه، وكان من نتيجة هذا الفشل أن عزفوا جميعا عن التعاون معه لحل مشكلاته.

وبالتعاون والحوار مع الأم اتفق المعالج مع الأسرة على أن يكون موضوع العلاج هو التبول! اللاإرادي كسلوك محوري. فلقد شعرنا أن توقف غسان عن التبول اللاإرادي سيشعره بالنجاح والثقة بنفسه، وسيمكن الأسرة في الوقت نفسه من أن تشعر بذلك، وأن تغير من أنماط اتصالها بالطفل بحيث لا يصبح الضرب أو التأديب هو النمط الرئيسي في العلاقات الاجتماعية والأسرية بالطفل. أما عن عدوان الطفل على أمه فقد كان تخميننا أنه راجع إلى أنها لم تكن تحميه من الضرب والتأديب الذي يأتيه من إخوته، بل قد تبين أنها كانت تطلب بنفسها من أحد إخوته الكبار في كثير من المرات أن يقوم بتهذيبه وتقويمه.

أما الخطوة الثانية لذلك فقد تمحورت حول تحديد كيفية الاستجابة الأسرية للطفل بشكل عام، واستجاباتها له عندما يصدر منه السلوك المحوري (التبول اللاإرادي) وركزت خطة العلاج لذلك على النقاط التالية:

1- أن تقوم الأم بتكوين رابطة وجدانية Bond مع غسان بحيث تقوم بالدفاع عنه أو حمايته إذا ما قام أحد بضربه، وأن تعمل-ويعمل بقية أفراد الأسرة-على مبادلته الحديث وسؤاله عن أحواله بشكل عام كل ساعة يوميا وذلك لتوطيد هذه الرابطة الوجدانية بالأسرة.

2- طلبنا من الأم أن تشتري بعض الهدايا البسيطة (حلوى، أوراق تلوين، أقلام تلوين، مشروبات) وأن تحتفظ بهذه الأشياء في مكان أمين غير متاح لأحد من أفراد الأسرة بمن فيهم غسان.

3- أن تطلب من غسان أن يذهب للحمام للتبول كل ساعتين، وإذا نجح في ذلك تعطي له مباشرة إحدى قطع الحلوى مع تقريظه على نجاحه في ذلك.

4- إذا تبول غسان على نفسه، طلبنا من الأم والأسرة أن يتجاهلوا التعليق على ذلك بالمرة، فالمطلوب فقط هو مكافأته على عدم التبول على نفسه وليس معاقبته على التبول على نفسه، والمطلوب في هذه الحالة أن يقوم غسان بوضع ملابسه المتسخة في الحمام أو الغسالة تهيئة لغسلها.

5- بعد مرور أسبوع على استخدام أسلوب المكافأة الفورية طلبنا من الأسرة أن تكتفي بوضع نجمة زرقاء لكل مرة يذهب فيها غسان للحمام للتبول ونجمة خضراء عندما يمر اليوم كله دون تبول وذلك باستخدام جدول[4].

جدول 4 التدعيم الرمزي

الاسم : ________ **التاريخ :** ________ **السلوك :** ________

السبت	الأحد	الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة الزرقاء معناها يذهب للحمام، وتساوي خمس نقاط

النجمة ذات اللون الأخضر معناها مر اليوم دون تبول، وتساوي 20 نقطة

6- تحول النجوم في نهاية اليوم إما إلى تدعيم مباشر بإعطاء كل نجمة أحد المدعمات المتوافرة. أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر أو شرائه. وبموجب هذا الترتيب كان على الأب أن يعرض على غسان في نهاية اليوم الخروج لمبادلتها بأشياء يشتريها في مقابل ما وفر من نقاط، أو في نهاية الأسبوع إذا ما رغب غسان في توفير نقاط أكثر.

7- فيما عدا ذلك كانت أوامر المعالج للأسرة واضحة «لا تنتقد، لا تضرب إذا ظهر السلوك السلبي.. تصرف بشكل عام بالتشجيع. اظهر اهتمامك وامتدح سلوكه كلما بدر منه ما يدل على اهتمام بمظهره ونظافته».

وقد كان التغير في سلوك الطفل واضحا للغاية، إذ توقف التبول اللاإرادي بالنهار في الأسبوعين الأولين، ولم تحتج الأسرة إلى استخدام جدول التدعيمات السابق أكثر من أسبوعين آخرين حتى توقف التبول الليلي. وفي الوقت نفسه بدأت الأسرة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لسلوك طفلها، وبدأت تظهر جوانب أخرى وهي توقف العدوان على الأم. كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها، مع تشجيع الرابطة الوجدانية مع الطفل، وانعكس ذلك على أدائه الدراسي حيث أصبح من الممكن لأحد الإخوة الكبار أن يساعده على حل واجباته المنزلية مما قلل الشكاوى المدرسية. لقد تحول «غسان» من طفل مذل وعدواني ومهمل إلى طفل قادر على التحكم في سلوكه.. مما جعله هدفا لكثير من الاستجابات الوجدانية من الأسرة والاهتمام.

يعتمد الأسلوب الذي استخدمه المعالج في المحاولة السابقة على عدة عناصر مشتقة من نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) وهي استخدام التدعيم للسلوك الإيجابي والتدعيم السلبي، والتجاهل، وهي تشكل-مع غيرها من المبادئ التي سيأتي ذكرها فيما يلي-أهم الفنيات المشتقة من هذه النظرية.

التدعيم (التعزيز):

التدعيم هو-فيما أشرنا إليه من قبل-أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه. فكلمات المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلا) عند ظهور سلوك

إيجابي معين (هو الذهاب للحمام في حالة غسان مثلا) تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي.

وقد يكون التدعيم إيجابيا أو سلبيا. ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه، فالمكافأة التي كانت تعطى لـ «غسان» في المثال السابق إثر ذهابه للحمام، أو إثر قيامه بسلوك مرغوب فيه كنظافة ملبسه، والنجوم التي كانت تلصق له على جدول التدعيمات تعتبر مدعمات (معززات) إيجابية لأنها أدت إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه وهو النظافة أو الضبط، ولهذا تتزايد جوانب كثيرة من السلوك الإيجابي في الطفل كالمهارة في الحديث، والتأدب، والإنجاز، والنشاط إذا ما واجهناها بالانتباه والتقريظ الملائمين.

أما التدعيم السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه.

والتدعيم-إيجابيا كان أو سلبيا-يؤدي دائما إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه. ولكن المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له. والعادة أن التدعيم السلبي يتم بعد تطبيق منبه منفر، فيكون التوقف عن هذا المنبه المنفر أو منعه عند ظهور سلوك معارض للسلوك السلبي، ومن ثم فقد يشتم الطفل من تطبيق التدعيم السلبي محاولة للتسلط، والحرمان، وفرض العقاب بكل ما للعقاب من آثار جانبية سيئة ستتضح فيما بعد.

والمدعمات أنواع.. فهي لا تقتصر على المكافآت المادية كما يظن البعض خطأ حينما يقصرون المدعمات أو المعززات على المكافأة أو الحوافز المادية. ومن المهم للمعالج السلوكي، ولكل المتخصصين في مجال الصحة العقلية في ميادين العلاج الفردي أو المؤسسات العلاجية أن يكونوا على علم بأنواع هذه المدعمات أو أن يكون لديهم رصيد منها حتى يمكن استخدامها بفعالية.

والقارئ المهتم بالعلاج السلوكي بطريق التدعيم يمكنه الاستعانة بالاستبيان الآتي (جدول رقم 3) عن التدعيمات والنشاطات السارة.

كذلك يمكنه الرجوع إلى استبيان المدعمات المنشور في مكان آخر باللغة العربية (إبراهيم 1987).

وعموما يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: مدعمات مادية وممتلكات، ومدعمات اجتماعية، ومدعمات نشاطية (أي مرتبطة بأداء نشاطات محببة).

وتدخل في المدعمات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون قيمتها التي فيها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية، ولهذا لا يحتاج الطفل إلى تعلم فائدتها، ويصلح هذا النوع من التدعيم مع الأطفال الصغار، وفي حالات التخلف العقلي، وحالات الاضطرابات الذهانية ومن أمثلتها الحلوى والطعام واللعب، والمشروبات..

ويمكن تقسيم المدعمات الاجتماعية إلى أربعة أقسام تمثل:

أ- إظهار الاهتمام والانتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية دالة عليه كالتبسم، والإيماء بالرأس، والاحتكاك البصري.



شكل رقم (8): إظهار الاهتمام بالنشاطات الإيجابية لدى الطفل بما فيها النشاطات الأكاديمية يعتبر من أهم الأساليب الفعالة في تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالجين السلوكيين على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوالب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما يسمى بالتدعيم الإيجابي أي إظهار الاهتمام والثناء على الطفل وإثابته ماديا أو معنويا (من خلال القرب البدني والتواصل) عندما يصدر من الطفل سلوك إيجابي كالنظافة أو رعاية النفس، أو النشاطات التحصيلية فالتدعيم لا يقتصر على المكافآت المادية وحدها بل يمتد ليشمل أي حدث يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه.

ب- الحب والود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله أو التربيت عليه.

جـ- الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات، كالتصفيق، والشكر والموافقة.

د-الامتثال والإذعان، فإذعان الأبوين أو الإخوة إلى طلبات الطفل وإلحاحه بتقديم ما يرغب فيه يعتبر ذا قيمة اجتماعية.

أما المدعمات المرتبطة بأداء نشاطات معينة فهي تشمل، على سبيل المثال، مشاهدة التليفزيون، الخروج للنزهة، الذهاب للملاهي، قيادة الفصل الدراسي، أو أي نشاطات مفضلة للطفل يمكن استخلاصها بملاحظته، أو استنتاجها من خلال التفاعل معه. فضلا عن هذا، فهناك طائفة أخرى من التدعيمات التي يطلق عليها العلماء اسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء مزعجة أو كريهة، كالتوقف عن النقد، أو الضرب، أو التوقف عن توقيع عقوبات معينة.

متى يكون التدعيم فعالا؟

يجب أولا أن يكون المدعم (المعزز) متوقف الحدوث على السلوك المرغوب فيه فقط، فحدوثه اعتمادا على مسببات أخرى سيقلل من كفاءته في تمكيننا من التحكم بذلك السلوك.

كذلك يجب أن يقدم المدعم حال حدوث السلوك المرغوب فيه لأن التأخير في تقديمه سيقلل من فعاليته في زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه أو احتمال حدوثه. لذا يجب أن يكون التدعيم فوريا إثر حدوث السلوك المرغوب فيه، فالتأخر في إعطاء المدعم قد يؤدي إلى تدعيم سلوك غير السلوك الأصلي. فالوعد بتقديم قطعة من الحلوى للطفل عندما يتبول في المكان المناسب ثم الإخفاق بالقيام بذلك، وإعطاؤه قطعة الحلوى عندما يلح ويكرر الطلب سيؤدي إلى تدعيم سلوك الإلحاح وليس التبول في المكان المناسب.

ثم إنه يجب أن يكون المدعم محبوبا ومرغوبا فيه من الطفل، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الطفل، وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول عليه. وتلزم الملاحظة أن حجم المدعم

يؤثر على فعاليته بحيث إنه كلما ازداد حجمه كان تأثيره في السلوك الذي سبقه أكثر، والقاعدة التي نستخلصها مما ذكر هي أنه إذا قدمت مدعما بعد سلوك معين ولم يؤد إلى تقوية ذلك السلوك، فإن من الأفضل أن تبحث عن مدعم آخر لأن المدعم الأول غير فعال.

كذلك فإنه يجب أن يكون هناك اتساق في تقديم المدعم بحيث يقدم دائما بعد ظهور السلوك المرغوب فيه. لكن من الأفضل البدء بتقليل عدد المرات التي يقدم فيها المدعم بعد ملاحظة بعض التحسن. وبعبارة أخرى من الأفضل دائما استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابي ثم يمكن الانتقال إلى التدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك.

كما ينبغي التحرر من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم، فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعا من الرشوة للطفل، ولا شك أن المعالج أو الأب الذي يتبنى مثل هذا الاعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعالة.

يجب أن نتذكر أن السلوك الخاطئ قد يكون بفعل التدعيم، وأن التوقف عن تدعيم السلوك الخاطئ واستبداله بأسلوب جديد يمكن من خلاله تدعيم السلوك المرغوب فيه واجب خلقي وإنساني فضلا عن فائدته الصحية، ولا ننسى أننا لا نعتبرها «رشوة» عندما نجد من الضروري أن نتسلم راتبنا الشهري من صاحب العمل، إننا على العكس نجد توانيه عن ذلك إثباتا لفشله أو سوء خلقه، أو ضعف مهاراته الإدارية.. إلخ.

العقاب(4) وتكاليف الاستجابة(5) والإبعاد المؤقت(6):

يتضمن العقاب إيقاع أذى-لفظي أو بدني-أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب. والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائجهما كما سبق أن ذكرنا، ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه، وحرمانه من لعبه. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرد التلميذ من الفصل، أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكا غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضا أنواع من العقاب.



شكل رقم (9): يعتبر إبعاد الطفل مؤقتا ولمدة قصيرة (دقيقتين مثلا) عن موقف أو مدعم ذي فائدة عندما تبدر منه اضطرابات أو مشكلات سلوكية من الأساليب الفعالة في تعديل السلوك المضطرب. ومن المهم لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح أن يبتعد المعالج أو الأبوان عن الهياج الانفعالي عند فرضه وتجنب الجدل والنقاش، مع الإيضاح للطفل أن إبعاده هو لفترة مؤقتة وأنه ليس عقابا بقدر ما هو فرصة له للتفكير في سلوكه. ويستخدم هذا الأسلوب بفاعلية خاصة في المواقف التي تتسم بالصراع الشديد والعراك بين الأطفال.

ومن أنواع العقاب الرئيسية ما يسمى بتكاليف الاستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب.

ومن أهم أنواع العقاب ما يسمى بالإبعاد المؤقت، ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ومن مزايا هذا الأسلوب أنه سيساعد أولا على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فورا وبالتالي يقلل من التطورات السيئة. فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة-أو إرسال المعتدي منهما-ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب، كما أنه يسمح ثانيا بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء، كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الانفعالي (فضلا عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف الملائم في المستقبل) على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتهن بشروط متعددة منها:

أ- تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه. لابد من التسلح بالهدوء لأن الهياج الانفعالي قد يدفع الطفل لمزيد من الانفعال، وهذا الانفعال قد يكون في حد ذاته مدعما إضافيا للسلوك السيئ بسبب ما يتضمنه من انتباه سلبي.

ب- ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل. إذ ينبغي أن نذكر الطفل بكل بساطة بأنه قد خرق قاعدة أساسية من القواعد التي تم الاتفاق عليها معه من قبل (بضربه لأخته مثلا أو إتلافه قطعة من الأثاث) وأنه لهذا يجب أن يذهب مثلا إلى حجرته أو إلى أي مكان منعزل في المنزل لفترة دقيقتين. الحزم والهدوء مطلبان ضروريان للنجاح في ذلك.

جـ- تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أعذار.

د- أما من حيث الوقت الذي ينبغي أن يبتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة، لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين، وقد تزاد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك.

هـ- عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقابا، كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء.. وإلا فمن الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته (Ingersoll, 1988, Neisworth & Smith 1986,).

وبالرغم من الانتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب، فإن نتائجه تكون مقبولة (خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الاضطراب والفوضى والعدوان والتعارك)، ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال ولا ننصح من ناحيتنا باستخدامه بشكل متسلط أو متكرر من قبل المشرفين والمدرسين، لأننا في مثل هذه الحالات نشجع السلوك التسلطي والخضوعي ولا نعمل على إيقاف السلوك العدواني كمطلب من مطالب العلاج.

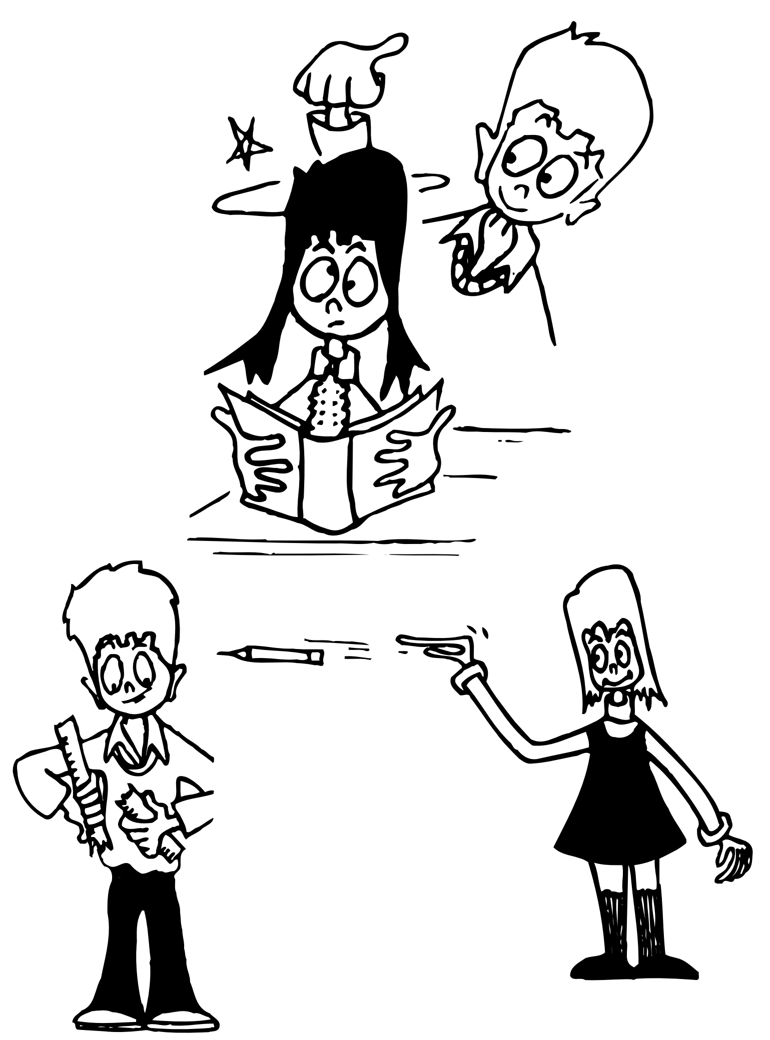
استخدام التجاهل[7]:

تعرف البديهة الاجتماعية ويعرف اختصاصيو الصحة العقلية أن كثيرا من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها. فمن المعروف أن تجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر) ستؤدي إلى اختفائها تدريجيا، ولهذا فإن الآباء بانزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم وما يقومون به من محاولات للتصحيح، غالبا ما يؤدي إلى عكس ما يرغبون فيه.

ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها: البكاء المستمر، العويل، النهنهة، العزوف عن الطعام، الشكاوى المرضية العابرة، وكذلك أنواع السلوك أو الاستجابات التي تصدر للمرة الأولى من الطفل كقضم الأظافر أو نتف الشعر، أو تحطيم شيء عفوي.

ولكي يكون التجاهل فعالا، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلابد من توافر شروط منها:

أ- الانتظام والاتساق في تطبيق طريقة التجاهل فمن المعروف أن التجاهل-خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد الانتباه من الآباء-سيؤدي في بداية تطبيقه إلى ما يسمى بفترة الاختبار[8] وفي خلال هذه الفترة-التي



شكل رقم (١٥): أشكال من العدوان بعضها يتضمن إيقاع أذى بدني (كالضرب) وبعضها يتضمن إلقاء شيء ضار. ومن العدوان التحطيم والتكسير المتعمد، والعدوان اللفظي والشتائم. في مثل هذه الأحوال الجأ بدلا من التجاهل إلى التدخل السريع، ويكون ذلك بإيقاف الضرر الواقع على الشخص الآخر بمواساته ومعالجة النتائج السيئة التي ترتبت على السلوك الضار سواء في الشخص الذي وقع عليه العدوان أو البيئة. ثم تجاهل الموقف ولا تتجاهل الشخص المعتدي بل ساعده على المشاركة في إصلاح الضرر أو وجه انتباهه إلى نشاط آخر، ثم دعم النشاط الجديد واستمر في ذلك التدعيم.

قد تمتد أحيانا أياما أو أسابيع-قد يتزايد السلوك غير المرغوب فيه أكثر مما كان عليه من قبل.

هذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن النمط القديم من الاستجابات والاهتمام مازال ممكنا. ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الاختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لابد من الانتظام والاستمرار فيه.

ب- اللغة البدنية الملائمة: عند تطبيق التجاهل تجنب الاحتكاك البصري بالطفل، والتفت بعيدا عنه حتى لا يرى تعبيراتك.

جـ- ابعد نفسك مكانيا، أي لا تكن قريبا منه خلال ظهور السلوك الذي أدى إلى استخدامك التجاهل! إن مجرد القرب البدني يعتبر تدعيما للسلوك غير المرغوب فيه، وغالبا ما سيتوقف الطفل (عن عويله مثلا) إذا كان متأكدا من أن أحدا لا يسمعه أو يراه.

د- احتفظ بتعبيرات وجهك محايدة فاختلاس النظر للطفل، أو إظهار الغضب، أو وقوفك أمامه مترقبا أن ينهي تصرفاته كلها تفسد من التجاهل المنظم، لأنها تكافئ الطفل بالانتباه لأخطائه.

هـ- خلال فترة التجاهل ينبغي ألا تدخل في حوار أو جدل مع الطفل.

و- يجب أن يكون التجاهل فوريا، أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب فيه.

كما ينصح العلماء، كقاعدة رئيسية من قواعد نجاح العلاج أن تتجاهل السلوك ولا تتجاهل الشخص ويتطلب ذلك أن تدعم الطفل إيجابيا وبشتى الوسائل بما فيها إظهار الود والاهتمام والمشاركة في شيء إيجابي حالما يتوقف السلوك الخاطئ. إن المقصود من التجاهل هو التخلي عن بعض الجوانب السيئة، لكن الاهتمام الإيجابي والرعاية، وامتداح قدرات الطفل تعتبر من أقصر الطرق لتكوين طفولة ناجحة، كما أنها تقوي العلاقة بين الأبوين والطفولة مبكرا مما يجعل آثارها التالية لا تقدر من حيث الارتباط الوجداني الإيجابي بينهما.

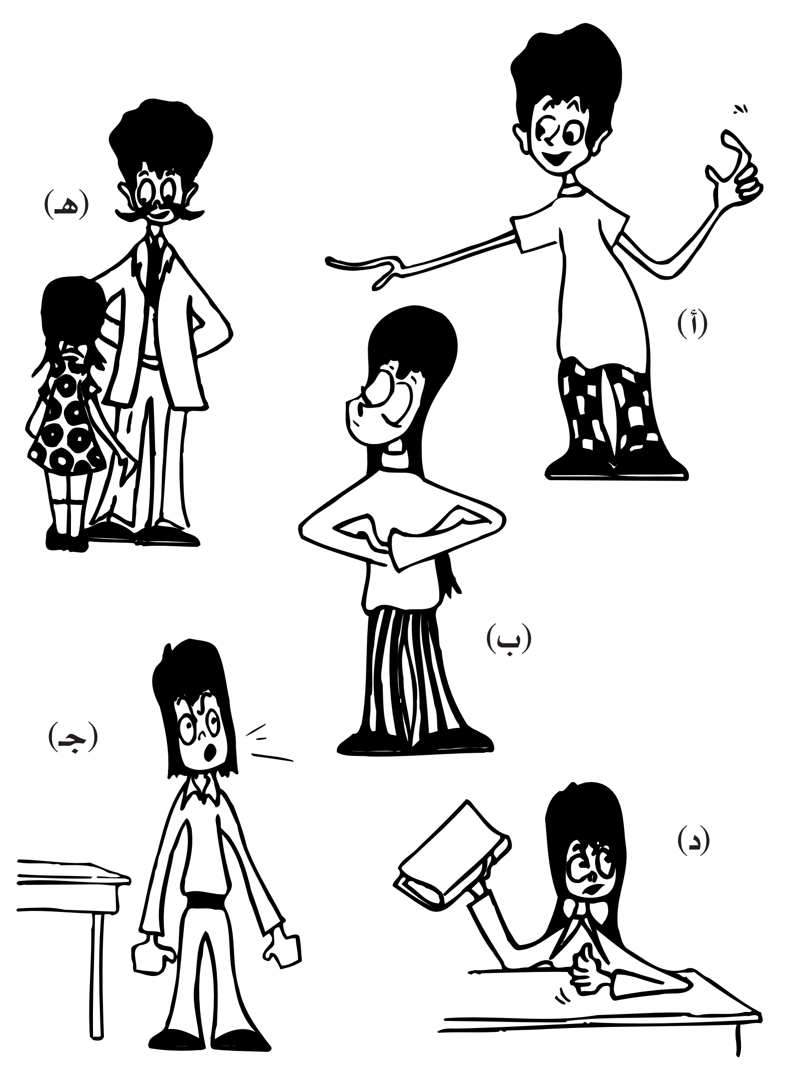
فضلا عن هذا فإن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات ترتبط بالطفل قد يكون تجاهلها خطرا، فالسلوك العدواني المستمر، والتهديد والاعتداء على الأطفال الآخرين أو البالغين بالضرب والشتائم، وتدمير الملكية، وأنواع



شكل رقم (11): من أنواع العقاب: الضرب والتهديد والزجر والصراخ في وجه الطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه، وبالرغم من أن العقاب يحل المشكلة مؤقتا فإن له آثارا جانبية سيئة لأنه لا يبن للطفل ما السلوك الصحيح ويولد لديه الكراهية للشخص الذي يعاقب مما يضعف من قدرته على التأثير في الطفل.

السلوك الجنسي المرتبط بجرح مشاعر الآخرين أو الأخريات كلها جوانب لا يصلح التجاهل في علاجها بل تحتاج إلى تدخل مباشر. وفي هذه الحالة يمكن استخدام أساليب علاجية أخرى مثل الإبعاد المؤقت، أو أسلوب آخر طور حديثا يسمى أسلوب التعليم الملطف[9] يصلح بشكل خاص لعلاج العدوان والتحكم فيه دون نتائج سلبية إضافية., (Ibrahim, & Ibrahim 1989, Ibrahim, Ibrahim, & Glick,1990).

وعلى وجه العموم، نجد أن استخدام أسلوب العقاب وما يرتبط به من مناهج وأساليب علاجية أخرى بما فيها تكاليف الاستجابة، والإبعاد، والتجاهل قد تكون لها فائدتها إذا ما استخدمت بشكل هادئ وحازم وكانت مرتبطة بتوقف سلوك ضار. وبعبارة أخرى، إذا كان تجنب القيام بسلوك خاطئ يتضمن علاجا للمشكلة فإن العقاب السريع المتسق سيكون من شأنه إيقاف الطفل عن ذلك، ومن أمثلة هذا: أن يضع الطفل مسمارا في أذنه أو يحاول أن يلعب مع الأطفال الصغار بوضع شيء حاد في عيونهم، أو يحاول أن يشعل البوتجاز، أو من عادته الاندفاع من خارج المنزلة إلى الشارع حيث السيارات والأخطار غير المتوقعة.. إلخ في مثل هذه المواقف تعرف أن علاج المشكلة يكمن أساسا في تجنب وتحاشي القيام بهذا السلوك الضار.. ولهذا يصلح مع هذه الأنواع من السلوك استخدام العقاب، وعلى المحموم فإن للعقاب آثارا جانبية ومن ثم يجب عدم استخدامه في الحالات التي يكون فيها الاضطراب متعددا في جوانبه، بل إن استخدامه في بعض المشكلات-مثل ضرب الطفل نتيجة اعتدائه على شخص آخر-قد يؤدي إلى نتيجة معاكسة، لأن العدوان بالضرب هنا يمنح الطفل نموذجا عدوانيا يشجع على تدعيم العدوان وليس على توقفه (Bandura 1979,) والعقاب يؤدي إلى تولد الخوف والقلق (Ingersoll 1988,)، كما أنه يشعر الوالدين بالذنب، مما يجعلهما يتصرفان نحو الطفل بعد ذلك بطريقة غير متسقة (إبراهيم ,1987 Ingersoll 1977) وهو يوقف السلوك الخاطئ، ولكنه لا يبين ما السلوك السليم (Eimers & Aitchison, 1977) لهذا من الأفضل أن يكون العقاب مصحوبا بتعليمات لفظية واضحة لما يجب أن يتصرف عليه الطفل في المرات القادمة. فضلا عن هذا فإنه يوقف السلوك الخاطئ مؤقتا، إذ قد يظهر عندما يختفي الشخص القائم بالعقاب، والشخص الذي يسرف



شكل رقم (12): بالرغم من فاعلية التجاهل كأسلوب علاجي فإن من المناسب ألا نتجاهل السلوك الإيجابي كما يجب ألا نتجاهل السلوك المشحون انفعاليا كالإغاظة (أ) والتبجح (ب) والشتائم (ج) والمجادلة (د). في مثل هذه الأحوال، انتهز أي فرصة سانحة (أو اخلقها) كي تشجع الطفل على الكشف عن مشاعره الحقيقية (هـ) ومصادر إحباطه وتوتره. حاول أن تعمل على حل هذه الصراعات والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك المشحون انفعاليا بسلوك إيجابي آخر.

في العقاب قد يفقد جاذبيته وخاصيته التدعيمية للطفل ويرتبط لدى الطفل بمشاعر الكراهية والنفور والخوف. ومثل هذا الشخص لا تكون له القدرة التأثيرية في الطفل في المواقف الإيجابية (Bandura 1979,).

ويحذر المعالجون السلوكيون من تأجيل العقاب إذا كان من الضروري ممارسته. فالأم التي ترى ابنها وهو يخرب أحد الأشياء في المنزل، وتنتظر حتى يعود الأب لكي يقوم بدور العقاب، فإنها بهذا الفعل لا تعاقب الفعل المخرب ولكنها عاقبت حضور الأب، مما يجعل الأب مرتبطا بإيقاع العقاب والأذى ويقلل فرص التقبل الوجداني له من قبل أطفاله، وإنها ملاحظة منا تستحق البحث والتأمل، إن ما تلاحظه من رفض بين كثير من أطفالنا لآبائهم إنما يعود في حقيقة الأمر لارتباط الأب بعقاب الطفل وتهذيبه. وتدعم الأمهات هذه الصورة الكريهة للأب عندما تحاول-بشكل مقصود أو غير مقصود-أن تدافع عن الطفل وتحميه من غضب الأب بعد أن تكون هي التي تسببت في ذلك بتأجيلها عملية تعديل السلوك لحين عودة الأب.

أساليب أخرى من التعلم الفعال (الإجرائي):

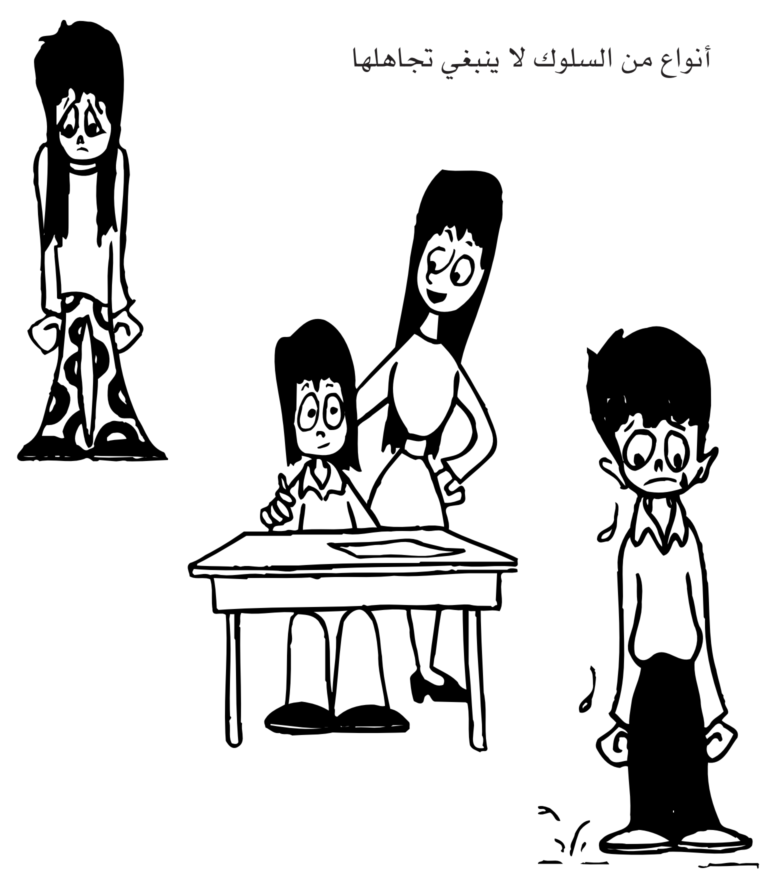
أثارت نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) محاولات أخرى لابتكار طرق وأساليب علاجية جديدة، منها التقريب المتتالي[10] الذي ينطوي على تقسيم العمل أو السلوك المراد تعلمه إلى خطوات أو مراحل صغيرة، وتدعيم الطفل كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية. وبهذه الطريقة يمكن تدريب الأطفال على كثير من جوانب السلوك المعقد مثل القراءة والكتابة. وتعلم غسل الوجه وتجفيف اليد ولبس الحذاء أو الملابس أو ركوب دراجة، أو تعلم قيادة سيارة (ويستخدم هذا الأسلوب مع أسلوب القدوة بزيادة فاعليته كما سنرى).

وهناك ما يسمى بالتدعيم الفارق لأي استجابة أخرى[11] ومن خلاله يمكن أن تكافئ الطفل أو تدعم استجاباته عندما لا يظهر منه السلوك المحوري المرضي، فالحديث مع الطفل وتبادل الحوار معه بود وإعطاؤه بعض المدعمات كل نصف ساعة مثلا عندما لا يكون منغمسا في سلوك غير مرغوب فيه سيؤدي إلى زيادة سلوكه الإيجابي (Peterson & 1990, Harbeck).

وهناك أسلوب آخر يسمى تدعيم السلوك البديل[12] للسلوك المحوري، يماثل الطريقة السابقة إلا أنه يتطلب تقديم التدعيم عندما يؤدي الطفل سلوكا مناقضا ومضادا للسلوك المرضي. ومن الاستخدامات الناجحة لهذا الأسلوب علاج مشكلة مص الطفل أصابعه بتدعيم قيامه بسلوك مضاد بإبقاء الأصابع خارج الفم. ويمكن كذلك في هذه الحالة إضافة طريقة التشكيل التي تحدثنا عنها مسبقا بزيادة متطلبات التدعيم تدريجيا بحيث لا يقدم التدعيم إلا بعد فترات تتزايد طولا يبقي فيها الطفل إبهامه خارج فمه.

ويستخدم الأسلوبان السابقان بنجاح لعلاج مشكلات العدوان بين الأطفال المتخلفين (Giampo et. al .1984,) والأسوياء (Lazarus 1971,) على السواء. كذلك هناك تقارير حديثة تثبت نجاحهما في علاج بعض المشكلات العضوية والشكاوى الصحية التي ليس لها أساس عضوي وذلك بتدعيم الطفل عندما يؤجل تعبيره عن الألم، أو عندما يبرز منه سلوك صحي مخالف لشكواه البدنية (Peterson & Harbeck 1990,).

أنواع من السلوك لا ينبغي تجاهلها



شكل رقم (13)(لا تتجاهل السلوك المؤذي للنفس أو الذي قد ينم عن اضطراب دائم في الشخصية أو الذي قد يتحول إلى اضطراب دائم وذلك كالبكاء والانزواء الاجتماعي والعزلة الشديدة. قد تحتاج في النهاية إلى الاستعانة بالمتخصصين، لكن لا تدع الطفل وحده يعاني مشاعره السلبية أو سلوكه الضار. تحادث معه وحاول أن تعرف مصادر تعاسته. فإذا كان الأمر يتطلب إيقاف أذى عليه من الأسرة أو المدرسة أو أحد الزملاء فتعرف على هذه المصادر مبكرا وساعده على حلها. وإذا لم توجد أسباب واضحة شجع الطفل على التعبير عن مشاعره، أمنحه وقتا كافيا لذلك، دعم جوانب السلوك التي تتعارض مع الاكتئاب والأس بما فيها خلق فرص إيجابية للتفاعل الاجتماعي وتبادل المودة ومساعدته على حل المشكلات الطارئة بتشجيعه على مواجهة مواقف التوتر أو الفشل.

الخلاصة

التدعيم إيجابيا كان أو سلبيا يؤدي إلى زيادة واضحة في جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون.. إلخ.. والتدعيم أنواع تتفاوت من الحوافز المادية إلى تلك المدعمات التي تشتمل على جوانب اجتماعية أو نشاطات. ومن خلال التدعيم يمكن تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالج السلوكي على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما يسمى بالتدعيم الإيجابي، أي إظهار الانتباه والثناء على الطفل عندما يصدر منه سلوك إيجابي.

أما العقاب وما يشتق منه من أساليب أخرى كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت-ولو أنه لا يؤدي إلى زيادة في السلوك الإيجابي-فإنه يؤدي إلى إيقاف السلوك السلبي. ولكي يكون العقاب فعالا، يجب أن يكون حازما، ومتسقا.. وخاليا من الهياج الانفعالي والمجادلة.

ويلعب التجاهل دورا متميزا في علاج كثير من مشكلات الطفل، لكن يجب عدم تجاهل جوانب السلوك الخطرة والمؤذية للنفس أو للآخرين. في مثل هذه الأحوال يجب معرفة مصادر إحباط الطفل، والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك السلبي بسلوك إيجابي آخر.

7 تدريب المهارات الاجتماعية للطفل

تتطلب نظرية التعلم الاجتماعي التعامل مع كثير من أنواع السلوك-مرضية كانت أم عادية-على أساس أنها تكونت بفعل التعلم من الآخرين عن طريق الملاحظة. وبالنسبة للأطفال، على وجه الخصوص، فقد بينت المحاولات المبكرة لهذه النظرية (Bandura 1977,) أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق تكتسب من قبل الطفل بتأثير الآخرين عن طريق ملاحظته لهم. كما تشير بعض الدراسات إلى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية بالطريقة نفسها، أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينة ودون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال (Nietze & Susman 1990,). وتؤيد ملاحظات الأشخاص العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيدا سلوكيا هائلا من خلال ملاحظاتنا للآخرين ومحاكاتنا لما يفعلون.

لكن ما نكتسبه من الآخرين لا يكون بالضرورة إيجابيا. فالطفل الذي تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات

جزعها. والأب الذي يهرب من الضغوط بتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجا سلوكيا هروبيا يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب.

وقد سبق أن وضحنا أن من الأسباب التي تجعل بعض فنيات العلاج بالعقاب أسلوبا ممقوتا، أنها ترسم أمام الطفل نموذجا عدوانيا يشجع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس ما يهدف إليه الوالدان تماما.

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسري (Madanes 1988,) أن هناك دائما ارتباطا قويا بين مخاوف الطفل ومخاوف آبائهم. ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات معينة، أو تتحكم فيها اضطرابات محددة كالقلق الاجتماعي، أو تنتشر في أفرادها اضطرابات سيكوسوماتية خاصة بها كالصداع والأرق، وقرحة المعدة.. إلخ. ونظرا لأن كثيرا من هذه الاضطرابات لا تخضع للوراثة بكاملها، فإنها في الغالب قد اكتسبت بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلقه كل منهم أمام الآخر- خاصة أمام الصغار-من نماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوى.

وتسهم عمليات التعلم الاجتماعي في نمو أنماط الاضطراب الشديدة بما فيها الاضطرابات العقلية لدى البالغين والأطفال على حد سواء. وفي الحالات الأخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تسهم عمليات التعلم الاجتماعي في ظهور الاضطرابات الاجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الاجتماعي في المنزل أو المدرسة.

ومن الأسس الرئيسية للاضطراب النفسي لدى الأطفال، القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي. وقد يجيء قصور المهارات الاجتماعية مستقلا في شكل اضطرابات يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسي كما هي ا لحال في حالات القلق الاجتماعي والخجل، والتعبير عن الانفعالات الإيجابية (كالعجز عن إظهار الحب والمودة والاهتمام) أو السلبية (كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان).

وقد يجيء القصور الاجتماعي مصاحبا لكثير من الاضطرابات الأخرى. فقد تبين أن أنواعا كثيرة من الاضطراب السلوكي بين الأطفال-بما فيها الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوفيزيولوجية-يصاحبها قصور

واضح في المهارات الاجتماعية بما فيها العجز عن الاحتكاك البصري، أو تبادل الحوار، والجمود الحركي، وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.

ويوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الاجتماعي ما يمكننا من تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية، لعل من أهمها: التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو التعلم بالقدوة)[1]، تدريب القدرة على توكيد الذات[2]، لعب الأدوار[3]. وسنبين فيما يلي كيفية استخدام هذه الأساليب وحدود تطبيقاتها، وشروط الفاعلية فيها، وأهم النتائج العلاجية المرتبطة باستخدامها.

الاقتداء وملاحظة النماذج:

في إحدى التجارب المبكرة التي قام بها عالما النفس المعروفان «باندورا» و«راس» (Bandura & Ross 1979,) سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير يمثل طفلا يتصرف بعنف وغلظة مع دمية، فكان يركلها بقدميه، ثم يمزقها، وينثر حشوها الداخلي مبعثرا إياه هنا وهناك. وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الذين شاهدوا هذا الفيلم-بالمقارنة بالأطفال الذين لم يشاهدوه-كانوا يلجأون عند الإحباط لاستخدام نفس الأساليب العدوانية عندما كان يسمح لهم باللعب مع دمى مشابهة. لقد تعلموا بيسر أن يعبروا عن إحباطهم بالعدوان (الركل-الضرب-التمزيق-النثر) من خلال أو بسبب ما شاهدوه من نماذج عدوانية.

لقد أثبتت هذه التجارب أن بالإمكان اكتساب كثير من جوانب السلوك المرضي من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج. فمن المعلوم مثلا أن بعض انحرافات السلوك الجنسي-الاستجناسي[4] يمكن أن يتطور بين الأطفال الذكور الذين انفصل آباؤهم عنهم بسبب الموت أو الطلاق (1973, Argyle). ويبدو أن افتقاد هؤلاء الأطفال للآباء-أو لبدائلهم-يحرمهم من وجود النموذج الذكري الذي يساعدهم على تمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري واكتساب المهارات الملائمة لأدائه. وفي دراسة أخرى (Bandura 1979,) تبين أن الميول الاستجناسية تتزايد بين الأطفال في الأسر التي يفشل الأب فيها في إعطاء النموذج الذكري إما بسبب انحرافه هو الشخصي، أو بسبب الدور الضعيف أو الهامشي الذي يلعبه في الأسرة، أو بسبب عدم

تدعيم الأسرة السلوك الجنسي الملائم مما يؤدي إلى قمع التعبير عن الجنسية الغيرية [5][6].

إن هذه التجارب في مجملها تشير إلى أن بالإمكان اكتساب السلوك المرضي من خلال التعلم الاجتماعي بملاحظة النماذج والاقتداء بها. لكن الجانب المشرق والإيجابي لمعطيات هذه التجارب هو إمكان استخدام الأدوات التقنية التي انبثقت عنها في تحليل وعلاج السلوك المرضي، واكتساب جوانب إيجابية معارضة لهذا السلوك (كنمو الغيرية، والتعاون، والمهارات الاجتماعية).

وهناك عشرات الأمثلة وعشرات الحالات المنشورة التي تبين أن استخدام التعلم بالقدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الاجتماعية. فباستخدامه الاستخدام الفعال يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام (Madle & Neisworth 1990,) وتطوير الحكم الخلقي المقبول اجتماعيا (ingersoll 1988,) حتى بين الأطفال المتخلفين والمضطربين عقليا (Madle & Neisworth 1990,).

ولهذا الأسلوب دور متميز كذلك في علاج الأطفال المصابين بالاضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية الاجترارية [7] ومن الدراسات المشهورة في هذا المجال ما قام به «لوفاس» (Lovaas 1967,) من محاولات علاجية استخدم خلالها عرض النماذج لتعليم اللغة وبعض المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل الاجتماعي، كالتدريب على الاحتكاك البصري، وتبادل التحية بين الأطفال الفصاميين.

كما تعاون «لوفاس» مع مجموعة من زملائه (Lovaas, Freitag, Nelson& 1987, Waldar) في استخدام أسلوب عرض النماذج واستخدام القدوة لتعليم مهارات الرعاية الذاتية (غسيل الوجه وترتيب الحجرات والملابس والاستحمام) وأنماط اللعب، والتصرف الملائم للدور الاجتماعي بين الأطفال الفصاميين والمعوقين. وتمكن «أوكانر» كذلك، (Conner 'O 1969) من معالجة حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق الاجتماعي بالطريقة الآتية:

١- سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير معد خصيصا لتدريب المهارة الاجتماعية ويعرض طفلا غريبا وجديدا يرى مجموعة من



شكل رقم (14): تستمد برامج التليفزيون أهميتها من خلال ما تعرضه من نماذج سلوكية وقيم واتجاهات. ومن الممكن استخدام التليفزيون بطريقة إيجابية من خلال البرامج التي تهدف إلى تدريب الطفل على اكتساب كثير من الجوانب السلوكية المرغوبة فيها. والتعلم الذي يتم بهذه الطريقة يعتمد على مبادئ القدوة وملاحظة النماذج الإيجابية من السلوك.

الأطفال تلعب وتتناقش فيما بينها، ويقترب الطفل من هذه المجموعة الغريبة عنه تدريجيا ويدخل مع أفرادها في حوار متزايد إلى أن يصبح جزءا منها.

2- بينما يسمح لمجموعة أخرى من الأطفال بمشاهدة فيلم آخر ليست له علاقة بتدريب المهارات الاجتماعية[8].

وقد تبين عند المقارنة بين المجموعتين أن قدرة الأطفال في المجموعة الأولى قد زادت على قدرة مجموعة الأطفال الضابطة فيما يتعلق بكثير من المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على التفاعل الاجتماعي واختلاق موضوعات جديدة للحديث. ومن الغريب أن هذا التقدم كان ملحوظا لدرجة أنه لم يعد هناك فرق كبير بين هؤلاء الأطفال الذين شاهدوا هذا النموذج ومجموعة ثالثة من الأطفال لم تكن بينهم مشكلات سابقة متعلقة بالقلق والانسحاب وضعف المهارات الاجتماعية.

ومن التطورات المفيدة لتطبيقات هذا الأسلوب استخدامه في مجالات علاج الاضطرابات الطبية وإسعاف الشخص نفسه في الحالات الطارئة. فقد أمكن الآن إعداد أفلام فيديو ملونة لتطوير مهارات الطفل في إسعاف نفسه خصوصا في الحالات التي يحتاج الطفل خلالها إلى استخدام أنواع من الحقن، وبهذه الطريقة أمكن تدريب مجموعة من الأطفال المصابين بالسكر في المعسكرات الصيفية على استخدام الحقن الذاتي من خلال عرض فيلم لطفل في السادسة من عمره يتولى حقن نفسه بالأنسولين بطريقة تدريجية مع تعليمات لفظية شارحة لطريقة تطبيق الحقن. وقد تمكنت مجموعات كبيرة من الأطفال ذوي الأعمار الصغيرة نتيجة لمثل هذه التدريبات من تحقيق كثير من الإنجازات الصحية بما فيها القيام بالرحلات والمعسكرات الصيفية التي كان يتعذر عليهم القيام بها من قبل، وذلك بسبب ما تمنحه إياهم هذه التدريبات العلاجية من حرية في الحركة في معالجة التغيرات الطارئة (Peterson & Harbeck 1990,).

وتتوقف فاعلية القدوة كأسلوب علاجي على شروط لعل من أهمها: وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك. ذلك لأن الطفل لكي يتقن أداء سلوك معين يجب أن يلاحظ أمامه تأدية هذا السلوك من قبل النموذج، سواء كان هذا النموذج

يقوم بهذا السلوك في مواقف فعلية (كما في حالة تعليم طفل صغير كيف يغسل وجهه مثلا بأداء ذلك أمامه أو حثه على هذا الأداء)، أو كان معروضا أمامه في مواقف أو مشاهد رمزية كما رأينا في الأمثلة السابقة.

كما يجب أن يكون النموذج مقبولا من الطفل، فالأطفال لا يستجيبون بدرجة متساوية لما يشاهدونه، وتتوقف معايير قبولهم هذا النموذج أو ذاك على كثير من المحكات منها: التشابه في العمر، جاذبية النموذج، توافق القيم، والتماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الطفل والنموذج. والأطفال في الغالب يتأثرون بالنماذج الناجحة أكثر من الفاشلة، فنادرا ما يقبل طفل مرتفع الذكاء مثلا بمحاكاة نموذج لطفل متخلف إلا من باب الفكاهة والسخرية الفجة.

ويتوحد الطفل بالنموذج الذي يثاب إثابة إيجابية على أفعاله ولكنه لا يتقبل الذي يلقى العقاب أو الاستهجان، وهناك دراسة (Bandura 1969,) تبين أن محاكاة العدوان في تجارب مماثلة لتجارب باندورا وزملائه تختفي



شكل رقم (15): بالرغم من نقص الدراسات التي تبحث في دور الأب وتأثيره الوجداني في الطفل، فإن هناك ما يثبت أن كثيرا من الانحرافات السلوكية قد ينتشر لدى الأطفال الذين افتقدوا وجود الأب أو يعيشون مع أب لا يسمح للطفل بالتوحد به. ومن ثم ينصح العلماء بأن يشارك الأب في تربية الطفل وملاعبته، وأن يخصص وقتا طويلا له للإسهام في عملية تنشئته. ومن شأن ذلك أن يساعد الطفل على تقبل الأب، ومن خلال ذلك يتمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري، ويكتسب كثيرا من المهارات المرتبطة بدور الرجل في المجتمع كتحمل المسؤولية والإيجابية والمبادرة إلخ.



شكل رقم (16): يتطلب العلاج الناجح للطفل توجيهه لتعديل أخطائه وانحرافاته السلوكية بشتى الوسائل الممكنة. ويولي المعالجون السلوكيون المعاصرون اهتماما خاصا لتدريب الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على تبادل الأحاديث والتفاعل مع الأطفال الآخرين والدخول في عمليات البيع والشراء، فضلا عن تدريبه على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين صلات اجتماعية طويلة المدى بما فيها تدريب الطفل على الاحتكاك البصري وتبادل التحية والمناقشات والأحاديث.



عندما كان هناك من يأتي ليعاقب الطفل المعتدي على تصرفاته العدوانية مع الدمى.

وتزداد فاعلية التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوبا بتعليمات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة.

ونظرا لما يلعبه التعلم بالقدوة من أدوار مهمة في تعليم الطفل كثيرا من المهارات الاجتماعية في الفترات المبكرة من الطفولة، فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكي ينصحون الوالدين بالانتباه لدورهما في هذه الناحية. فالوالدان-أرادا أم لم يريدا-يرسمان بتصرفاتهما أمام الطفل نماذج من المهارات والسلوك التي يتعلم منها الطفل، وتمتد هذه المهارات لتشمل كثيرا من الجوانب السلوكية بما فيها اللغة ورعاية النفس ومواجهة الأزمات الانفعالية والاستجابة للمواقف الاجتماعية.

على أن الاقتداء بالوالدين أو بأحدهما لا يتم على نحو آلي. فقد تبين أن الطفل يقتدي بأحد الوالدين إذا تحققت فيه أو فيها بعض الشروط التي منها:

1- أن يقضي مع الطفل وقتا طويلا خلال عملية التنشئة المبكرة.
2- أن يكون على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل.
3- أن يكون مقبولا وفق المعايير الاجتماعية والمحلية.

ومن المعلوم أن تزايد المشكلات السلوكية والاضطرابات بين الأطفال في الأسر المهاجرة-على سبيل المثال قد يكون بسبب عدم تقبل الطفل معايير أسرته الخاصة، تلك المعايير التي تتعارض أو تختلف مع معايير المجتمع الجديد الذي وفدت إليه الأسرة.

تدريب القدرة على توكيد الذات[9] والتعبير الطليق عن المشاعر[10]

يستخدم هذا الأسلوب-عادة-لعلاج حالات القلق الناتجة عند بعض الأطفال بسبب الخضوع والسلبية، أو العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر في المواقف الاجتماعية التي تتطلب الفاعلية فيها ذلك. ولهذا يستخدم هذا الأسلوب لتحقيق ثلاثة أهداف هي:

أ- تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصوت، واستخدام الإشارات، والاحتكاك البصري الملائم.

ب- تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل فيما عدا التعبير عن القلق (Wolpe 1959)، أي التعبير الحر عن المشاعر والأفكار بحسب متطلبات الموقف بما في ذلك تدريب القدرة على الاستجابة بالغضب، أو بالإعجاب والود، أو بالتراضي، أو غير ذلك من مشاعر تتطلبها المواقف.

جـ-تدريب الطفل على الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدواني أو مندفع، وتأخذ خطط تدريب هذه القدرة مسارات متعددة منها:

1- التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات.

2- تدريب الطفل على التمييز بين الانصياع (أو الخضوع) وتأكيدالذات.

3- استعراض نماذج لمواقف مختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنها.

4- تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجيا حتى يصل إلى المستويات المرغوب فيها من التعبير عن هذه القدرة.

5- التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظره إليها على أنها شيء جيد ومرغوب فيه.

6- علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية والعدائية بسبب تدخلها في تعويق ظهور السلوك التأكيدي.

7- تشجيع الطفل على تدعيم التغيرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين بترجمتها في المواقف الخارجية الحية[11] (Herbort، 1987).

وعادة ما يسبق هذا التعميم تدريب الطفل على لعب الأدوار الملائمة، فمن خلال ممارسة لعب الأدوار يمكن للمعالج أن يستحضر المواقف قبل حدوثها، ومن ثم يمكن له أن يصحح سلوك الطفل ويدربه على المهارات الاجتماعية الملائمة لهذه المواقف، بحيث تزداد ثقة الطفل في قدرته على التعامل فيما بعد مع هذه المواقف عندما تحدث.

ولتدريب هذه القدرة عادة ما يوجه المعالجون السلوكيون انتباههم إلى الجوانب اللفظية والجوانب غير اللفظية.

فمن حيث السلوك اللفظي يتم الانتباه إلى جوانب التعبير اللفظي المختلفة التي من شأنها أن تدل على تزايد هذه القدرة، فمثلا:

1- أن تكون العبارة مباشرة وفي صلب الموضوع.

2- أن تكون حازمة ولكن غير عدائية أو متغطرسة.

3- أن تكشف العبارات المستخدمة عن احترام وتقدير للشخص الآخر الداخل في عملية التفاعل، ومعرفة بحقوقه.

4- أن تعكس اللغة المستخدمة هدف المتحدث تماما ودون لف.

5- ألا تترك مجالا لتصعيد الخلاف.

6- إذا تضمنت العبارة بعض التوضيح، فيجب أن يكون التوضيح قصيرا بدلا من أن يكون سلسلة من الاعتذارات والتبريرات.

7- أن يبتعد محتوى الكلام عن لوم الشخص الآخر أو توجيه الاتهام له.

أما من حيث جوانب السلوك غير اللفظي، فمن المهم تدريب الطفل على ما يأتي:

1- الاحتكاك البصري الملائم.

2- المحافظة على مستوى صوت معتدل لا خافت ولا زاعق.

3- التدريب على نطق العبارات دون لجلجة ودون كثير من التوقفات.

4- المحافظة على وضع بدني يتسم بالثقة ويبتعد عن العصبية والحركات اللاإرادية، أو الابتسامات غير الملائمة.. إلخ.

(Herpert, 1987; Lang & Jackoon, 1976)

لعب الأدوار[12] و«البروفات»[13] السلوكية:

يمثل لعب الأدوار منهجا آخر من مناهج التعلم الاجتماعي، يدرب بمقتضاه الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلا أن يؤدي دورا مخالفا لشخصيته أو أن يقوم مثلا بأداء دور طفل عدواني أو جريء. وأحيانا يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار، وهي طريقة يستخدمها أحد مؤلفي هذا الكتاب (ع. إبراهيم) في تدريب المهارات الاجتماعية. وبمقتضى هذا الأسلوب نطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه، أي أن ينتقل من القيام بدور الخجول، إلى دور الجريء، أو من دور الغاضب إلى المعجب والشاكر والمادح لسلوك طفل آخر.

وتدلل تقارير البحوث المجتمعة على فاعلية هذا الدور بأنه بالفعل يمثل طريقة ناجحة وفعالة في التدريب على أداء كثير من المهارات الاجتماعية،

وأنه يزيد من فاعلية الأطفال على التفاعل الاجتماعي، وأنه يمثل طريقة جيدة لتحرير الطفل من القلق الذي يتعرض له في المواقف الحية.

ويوضح أرجايل (Argyle 1984,) أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد من هذا الأسلوب استفادة فعالة:

1- عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

2- تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعده، أو مع طفل آخر، أو مع دمى أو عرائس.

3- تصحيح الأداء، وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه.

4- إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له.

5- الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

وعلى وجه العموم، فإن ممارسة السلوك قبل الدخول في العلاقات الاجتماعية من خلال لعب الأدوار الملائمة، والإكثار من هذه الممارسة، والتنويع منها بحيث تشتمل على مواقف متنوعة، ستمد الطفل برصيد هائل من المعلومات النفسية الملائمة عندما يواجه المواقف التي تتطلب منه ثقة بالنفس. ومثل هذا الطفل سيجد نفسه أكثر قدرة على الانطلاق بإمكاناته إلى آفاق انفعالية واجتماعية أكثر خصوبة وامتدادا مما كانت عليه من قبل. والنتائج في عمومها تبين-فضلا عن هذا-أن الأطفال الذين يتعالجون باستخدام هذه الأساليب عادة ما يتفوقون بعد علاجهم حتى على الأطفال العاديين ممن لم يتلقوا مثل هذه التدريبات.

الخلاصة

يدرك العلماء اليوم أن كثيرا من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق يكتسبها الطفل بتأثير من الآخرين وملاحظته لهم، وتفاعله معهم. وبالمنطق نفسه أصبح الآن من الممكن تحقيق تغيرات علاجية هائلة في سلوك الأطفال من خلال إكسابهم بعض المهارات الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين ومن خلال القدوة والمحاكاة للسلوك الاجتماعي الفعال. وقد ركزنا في هذا الفصل على شرح طرق التعديل السلوكي المستخدمة في تدريب الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية.. كالتعلم بالقدوة، وتدريب القدرة على تأكيد الذات، ولعب الأدوار.

وقد تبين على وجه العموم أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدرب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده على اكتساب المهارة والنجاح والتوافق. وقد ركزنا على شرح تفاصيل هذه الأساليب وكيفية إجرائها.

8 تعديل أخطاء التفكير

لا يمكن في الحقيقة عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها. فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر، من وجهة نظر المعالج السلوكي-المعرفي، نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم.
(Beck et al., 1978; Ellis, 1977; Freeman & Davis, 1991; Herbert,1987; Meichenbaum,1977)

وتبين ملاحظات أخرى أن ما يردده الطفل من أقوال لنفسه عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب. ولذلك يركز المعالج السلوكي-المعرفي أكثر من زملائه الآخرين على علاج أساليب إدراك الطفل واتجاهه نحو المواقف أكثر من تركيزه على تحليل المواقف الخارجية (Meichenbaum, 1977).

المصادر المعرفية المرتبطة بالاضطراب النفسي عند الطفل:

يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور

المعرفي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي:

1- نقص المعلومات وقصور الخبرة، والسذاجة في حل المشكلات.

2- أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف.

3- ما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.

4- التوقعات السلبية.

1 - نقص المعلومات والخبرة:

إن جزءا كبيرا من الأخطاء التي يرتكبها الطفل قد تكون نتيجة مباشرة لجهله بالطرق الصحيحة في التصرف أو التفكير، ومن ثم يجب علينا ألا ننسى عند تعاملنا مع الطفل أن ما يصدر عنه من مشكلات هو في واقع الأمر نتيجة لقصور في فرص التعلم والممارسة والتفاعل في جوانب مختلفة من الحياة. ولهذا يتطلب العلاج المعرفي للطفل في بعض مراحله التركيز على التربية المباشرة بإعطاء الطفل معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم وما تتطلبه التفاعلات الناضجة من شروط. ويفضل «إليس» (Ellis 1966,) أن نعلم أطفالنا، من خلال التربية المباشرة والمفصلة، كيفية مواجهة المخاوف وكيفية التغلب على الأخطاء بدلا من الحكم على مخاوف الطفل بأنها غير حقيقية أو حمقاء.

ومن هذا المنطلق تمكن «أزرين» و«نان» (Azrin & Nunn 1977,) من أن يعالجا صعوبات الكلام والتعثر في نطق بعض الحروف من خلال تدريب الأطفال مباشرة على نطق الكلمات التي تحتوي على الحروف التي يتعثر الطفل في نطقها، مع التدريب خلال عملية النطق على التنفس المنتظم والقراءة بصوت عال.

واعتمادا على هذا التصور يمكن أيضا النظر إلى مشكلات الطفل الانفعالية-كالقلق والاكتئاب-على أنها نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية (Zurilla 1971, D & Goldfried). ونجد لهذا اهتماما واضحا بين علماء العلاج السلوكي-المعرفي لابتكار مناهج علاجية تقوم على تدريب الطفل وتعليمه مباشرة الأساليب الفعالة في حل المشكلات[1] كما سنرى فيما بعد.

2- المعتقدات وأخطاء التفكير:

ثمة عدد آخر من الاضطرابات يتطور لدى الطفل بسبب ما يحمله من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن المواقف التي يتفاعل معها. فالعدوان أو الاندفاع في التصرف عند الطفل، مثلا، قد لا يكون بالضرورة نتيجة مباشرة لاضطراب عضوي أو مواقف بيئية، ولكن قد يكون أحيانا انعكاسا لتفسير الطفل للمواقف الخارجية على أنها مهددة ومحبطة متأثرا بإدراكه لها (Kazdin 1990,).

ويصوغ بيك (Beck 1967,) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية-وعلى وجه الخصوص الاكتئاب-في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل. ومن رأيه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب. فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي، ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة، والتي نسميها اكتئابا. وبعبارة أخرى فإن المواقف المحايدة أو الغامضة تكتسب دلالتها ومعناها من خلال ما نعتقده بشأنها ومن خلال قدراتنا على مواجهتها (Beck, 1967. Beck, et. al., 1979; Kaslow& Arcusin,1990).

3- التوقعات السلبية[2]:

تلازم حالات الاضطراب-كالاكتئاب-توقعات أو أحداث سلبية أو مهينة للمرضى، مما يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث. فعندما يتوقع الشخص أن شيئا ما سيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الاكتئاب كمجموعة من الاستجابات المصاحبة لهذه التوقعات، ويفسر هذا التصور انخفاض مستوى الدافعية وكذلك انخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب.

وتبين بحوث «سيليجمان» (Seligman 1977,) أن الاكتئاب لدى الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والاجتماعية بالرغم من أن ذكاءهم قد يكون

مرتفعا أكثر من غيرهم. وقد اقترح «سيليجمان» مفهوم العجز المكتسب[3] كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل وحتى الحيوان.

وفي إحدى تجاربه وضع كلبا في صندوق مكهرب لا يمكنه الهرب منه، فكان الكلب في البداية يظهر علامات الانزعاج بما فيها العواء والنشاط الشديد للهرب من الصندوق (وكأنه قد أصيب بحالة جزع[4] وخوف مرضي). لكن عندما استمرت الصدمات الكهربائية، استسلم الكلب في قاع الصندوق في حالة يائسة. ومن الطريف أن الكلب لم يبد أي محاولة للهرب من هذا الموقف إلى صندوق مجاور حتى عندما أتيحت له الفرصة. كما أنه عزف عن تناول الطعام وأصابه الهزال وكأنه قد أصيب بحالة اكتئاب شديد.

لقد أثبت المجرب هنا أن الاكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الألم أو ضبطه مما أدى إلى تقاعسه وعجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن تتوافر له الفرصة لتحقيق ذلك.

ولعلاج الاكتئاب المكتسب بهذه الطريقة يقترح «سيليجمان» مفهوم الأمل المكتسب [5] الذي يمكن اكتسابه وفق خطة مماثلة. ففي تجارب «سيليجمان» التي أشرنا إليها بدأت الكلاب تنشط في الهرب من البيئة المؤلمة عندما قام المجرب عمدا بنقلها من الصناديق المكهربة إلى الصناديق الأخرى المجاورة عددا من المرات. وبعبارة أخرى فقد تكون لديها الأمل من جديد (من خلال محاولة الهرب وتجدد مصادر الأمل في البيئة) عندما تعمد المجرب نفسه تشجيعها على ذلك.

وتماشيا مع هذه النتيجة يمكن القول إن إصابة الطفل بالاكتئاب هي تعبير مباشر عن سلسلة من الأخطاء الاجتماعية في حقه مما يجعله يتجه لتبني أسلوب العجز المكتسب فيعتريه التشاؤم ويلازمه فقدان الثقة بالنفس والعجز عن تطوير نفسه بالإمكانات المتوافرة لديه فعلا.

وسيكون من الصعب علاج مثل هؤلاء الأطفال من اضطراباتهم دون أن تتولى البيئة عامدة متعمدة استبدال عجزهم المكتسب بالأمل المكتسب من خلال وضعهم في تجارب ناجحة وفي مواقف مضمونة الفوز، إلى أن تتشكل لديهم توقعات إيجابية وأمل جديد.

4- الأسلوب المعرفي:

من المعروف أن بعض أنواع الاضطراب النفسي لدى بعض البالغين والأطفال على السواء عادة ما تكون مصحوبة بخصائص فكرية في الشخص كالمبالغة والتهويل وتوقع الشر. فالاضطراب يلتحم بطرق خاطئة من التفكير.

ومن الممكن حصر الأساليب المعرفية الخاطئة والتي من شأنها أن تؤدي إلى الاضطراب ولدعمه في عدد من النقاط التي أمكن لنا حصرها بالاعتماد على ما أمدتنا به المصادر الرئيسية المنشورة في العلاج السلوكي المعرفي فيما يأتي:

(E. g., Bandura, 1969; Beck, 1979; Ellis, 1968, 1977; Freeman & Davis, 1991; Freeman & Zaken - Greenburg, 1988; Meichenbaun, 1977)

1- التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حمقاء.

2- التوقعات الكوارثية: مثال الطفل الذي يتجنب الدخول في مواقف خوفا من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته.

3- الكل أو لا شيء: يتصرف الطفل باضطراب إذا كانت تصوراته للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع. التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأي إحباط أو توتر مهما كان تافها.

4- قراءة أفكار الآخرين سلبيا: فالطفل الذي يردد بينه وبين نفسه، عندما يوشك على الدخول في تفاعلات اجتماعية، عبارات مثل: «سيجعلونني موضوعا لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك» أو «إنهم يظنون بأني أقل منهم» أو «أعتقد أنهم يضحكون علي الآن»، مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب والانحراف بما فيها تعاطي مواد ضارة، أو العدوان، أو القلق الاجتماعي والانسحاب.

5- المقارنة: ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية، وتتعطل قدرة الطفل على النشاط والدافعية، (مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق) إذا كان من النوع الذي يسرف في استخدام عبارات مثل: «إنهم أكثر قدرة مني»، «إن هناك شيئا ما خاطئا في بالمقارنة بهم»، «إنني لست كذا مثله».

6- تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها: «إنني لا أستحق هذا الإطراء»، «إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية»، «هذا الاهتمام نوع من

العطف فلا يوجد فيّ أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك».

7- التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: فالطفل الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيرا انفعاليا، سيجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال، وسيجد نفسه غالبا عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية. ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكي-المعرفي في هذه الحالات تجنيب الطفل أفكارا مثل: «التراجع عن الرأي معناه ضعف»، «القبول بالنصيحة امتهان للكرامة».

8- تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: توضح لنا ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية-بين البالغين والأطفال-تتميز في بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه. مثلا «فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي».

9- الاتجاهات الكمالية-المطلقة: فالطفل الذي يجد نفسه-ربما نتيجة لتربية خاطئة-يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة، يصبح كشخص يسبح في محيط ليست له معالم محدده، أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها. ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين: «يجب ألا يكون فيّ أو في عملي أي ثغرة أو خطأ»، «يجب ألا أترك بالمرة أي شيء للصدفة»، «إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل كل ما فعلت». والتفكير الكمالي يختلف عن التفكير الإكمالي، فلا بأس بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة، وفي أوقات ملائمة.

إلا أن المشكلة التي تثير قلق الأخصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسب جوانب نقص غير معلومة، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلى.

10- إطلاقا وحتما: تنتشر في عبارات الأطفال في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير. خذ على سبيل المثال هذه العبارات: «لن أزوره ولن أتصل به إلا إذا بدأ هو ذلك» «يجب أن أكون محبوبا من الجميع»، «مستحيل علي أن أحتمل نقده»،«لن أسمح لنفسي إطلاقا أن أوجد حيث يوجد» إن ترديد مثل هذه العبارات

وإيمان الطفل بمحتواها سيحجم كثيرا من جوانب الفاعلية في سلوكه الاجتماعي والشخصي، وسيجعله عرضة لانفعالات الغضب وما يرتبط بها من اضطرابات العدوان، أو الانسحاب والتجنب وما يرتبط بهما من اضطرابات القلق الاجتماعي والاكتئاب.

١١- ربط الاحترام الشخصي وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية: ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الطفل بقيمته، مثلا: «إذا لم يتصل بي أحد، أو لم يدعني زملائي لهذا الحفل فأنا شخص باهت».

إن ما شرحناه هنا يمثل أهم الأساليب المعرفية التي يمكن للمعالج أن يتابعها ويحددها عند التعامل مع اضطرابات الطفل. وإحساسا بأهمية هذه العوامل المعرفية مجتمعة في نمو اضطرابات الطفولة وفهمها، فقد أمكن للعلماء أن يطوعوا بعض الأساليب الفنية بهدف التعديل من العوامل المعرفية السائدة في الاضطراب النفسي ونوضح فيما يلي بعض هذه الأساليب مع أمثلة لتطبيقاتها واستخداماتها العلاجية.

الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير

١- التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف:

يلعب المعالج هنا دورا شبيها بدور المدرس الماهر الذي يلقن تلميذه أساليب جيدة للحفظ والتذكر وحل المسائل العلمية، لكن مع فرق واحد وهو أن ما يعلمه المعالج النفسي للمريض يرتبط بقدراته على حل المشكلات النفسية ومواجهة المواقف الصعبة. ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر الآتية:

أ- إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية.

ب- تربية الطفل وتدريبه على مواجهة المواقف المعقدة: كيف يهرب من الخطر مثلا؟ كيف يستغيث بالناس في مواقف الخطر؟ كيف يستخدم التليفون؟

جـ- تدريب الطفل على بعض النشاطات الاجتماعية التي تعمل على

تحسين وتنمية علاقاته بالآخرين. فالانسحاب الاجتماعي والانزواء لدى طفل معين قد يكونان نتيجة مباشرة لعدم إتقانه بعض المهارات الاجتماعية بما فيها من ألعاب أو مهارة في التحدث، ولهذا فمن المطالب الرئيسية لزيادة الفاعلية الاجتماعية للطفل، أن ندربه على إتقان بعض الألعاب الشائعة ككرة القدم أو السلة، أو الشطرنج لأنها تحوله لعضو حيوي في جماعات خارجية.

د- التدريب المباشر وإعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه واضطرابه حتى يمكن من التعرف إلى مصادرها ويستبق حدوثها، ويقيس مدى تفوقه في علاجها. ونجد من ناحيتنا أن إعطاء معلومات-مثلا-عن الاستجابات الفسيولوجية-بما فيها تزايد دقات القلب وشحوب الوجه وغيرها من النشاطات الاستثارية-في حالات القلق والاضطرابات المرتبطة به قد يكون ذا فائدة عظيمة للطفل. فهي من ناحية تنبهه إلى الاحساسات العضوية في المواقف الانفعالية، وتعود من ناحية أخرى قدراته ضبط هذه الاحساسات والتحكم فيها من خلال الاسترخاء كوسيلة من وسائل العلاج.

2- الحوارات مع النفس (المونولوج):

يبين «مايكنباوم» «Meichenbaum 1977,» أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الاضطراب الذي يصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد، والقلق، والاندفاع، والعدوان في المواقف التي يواجهها، اجتماعية كانت أو دراسية)، يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه، ومع ما تقنع به ذاته من أفكار أو حوادث. ويقيم «مايكنباوم»شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في ابتكار وسائل أمكنه من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تثيره من استجابات انفعالية مهددة، وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف.

ويرى «هربرت» (Herbert 1987,) أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه. ويقترح



شكل رقم (١٧): هناك ما يثبت أن الاضطرابات التي تصيب الأطفال بما فيها الخوف الاجتماعي والقلق وتجنب الاحتكاك بالآخرين والعداوة، تعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل من أفكار أو حوارات ذاتية. ومن ثم يبين «مايكنباوم» أن من أنجح الوسائل لمعالجة المشكلات الانفعالية والتغلب عليها تدريب الطفل على التنبه للأخطاء أو التصورات الخاطئة بما فيها فكرته عن نفسه أو عن الآخرين، ويمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد

عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل: «توقف».. «فكر قبل أن تجيب».. «سأعد لعشرة قبل أن استجيب». وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيدا من ذلك.

3- الوعي بالذات ومراقبتها:

ويتضمن هذا الأسلوب تمكين الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة. وبهذه الطريقة يستطيع الطفل أن يطور قدرته على ضبط ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه. ولهذا الأسلوب قيمة أخرى، فهو يطلع الطفل مباشرة على الكيفية التي يدركه بها الآخرون. لكن نظرا لأن إعادة المشاهد قد تكون لها نتائج انفعالية سيئة عند البعض، فإنه يجب الحذر الشديد عند استخدام هذه الطريقة، مع العمل على الانتقاء الجيد للمشاهد التي تكون لها قيمة علاجية، وكذلك تجنب المشاهد التي يعلم المعالج أن الطفل سيكون حساسا تجاهها (Herbert 1987,).

4- تخيل النتائج[6]

يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيل الموقف المهدد الذي حدث وأن يصف ما يراه من انطباعات ذهنية، وأن يتحدث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعتريه، وما يصحبها من أفكار وحوارات ذهنية. ومن خلال ذلك، يساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادة إلى تكرارها، حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل. فإذا حدث وتبين للمعالج أن أفكار الطفل هي بالفعل أفكار صحيحة وعقلانية وملائمة لتحليل الموقف، فإنه يوجه جهده لأساليب علاجية أخرى (غير معرفية) كالاسترخاء أو مهارات التكيف[7]

5- استخدام أسلوب التشبع بالفكرة الخاطئة:

يتطلب هذا الأسلوب حث الطفل، بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن اضطرابه، على أن يعيشها بكل قوة وأن يتصور أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج. والهدف من ذلك ليس أن تستخف بالطفل أو توضح له سخافة أفكاره، لكن الهدف هو الوصول به إلى إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوئها. ويفضل المعالجون استخدام هذا الأسلوب مع الطفل

بعد توطيد العلاقة العلاجية معه.

6- توليد البدائل واستكشاف الإمكانات المختلفة للحل:

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحيانا إلى أن يظن أنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر، أو لما سيحدث من نتائج سيئة. ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول.

ويمكن بموجب هذه الطريقة، مثلا، أن يتخيل الطفل صديقا له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي مشكلة الطفل نفسها)، وأن يحاول أن يعطيه أكبر عدد ممكن من الحلول، ويوجه انتباهه بعدئذ إلى مناسبة تطبيق هذه الحلول على مشكلته، وإلى تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تعرض له مشكلات أخرى.

7- التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل:

إن الطفل الذي يشعر-مثلا-أن حب الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السعادة والرضا عن النفس، قد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الاجتماعية وهو غير قادر على توكيد قدراته العقلية والحيوية. فقد يعزف-نتيجة لحرصه الشديد على أن يحظى بحب الجميع-عن توكيد نفسه، ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته، أو يصر على الاقتراب من آخرين أو البقاء معهم في مواقف مكروهة. وبمساعدة الطفل على التقليل من أهمية هذا الهدف: «حب الجميع ضرورة حتمية»، سنمكنه من تطوير قدرته على تحمل الرفض، والقدرة على توكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة.

8- لعب الأدوار:

إذا تأتى للطفل أن يعبر عن اتجاه جديد، أو معتقد عقلاني ومناسب، وإذا تأتى له أن يعيد ويكرر ذلك، فإن الاتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة. ومن المعروف أن التغير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها. فالطفل-من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابه-سيتمكن من أن يستبق-من خلال التفكير في هذه المواقف-التغير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فهو سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر. فضلا عن هذا، فإن المشاعر

الإيجابية التي تسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية ملائمة ستطلعه بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو مقلق عادة ما يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الاضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها. كما أن لعب الأدوار-من جهة ثالثة- يساعد الطفل على تعلم-ومباشرة-المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور كما سبق وأن تحدثنا.

9- الواجبات المنزلية والخارجية:

لكي نمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجيه، ولكي نساعده على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية، ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية. وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

فإذا كان الهدف من العلاج-مثلا هو تدريب مهاراته الاجتماعية، فإننا قد نطلب منه أن يقوم خلال الفترة السابقة على الجلسة القادمة بعمل اتصالات هاتفية بأصدقائه، أو أن يبادر زملاءه بالتحية، أو أن يتدرب على جمع أسئلة حول موضوع معين ويطرح هذه الأسئلة على مدرسيه أو زملائه وأن يقوم بطريقة تلقائية بالتقرب والتعرف على الغرباء.

وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية، كأن نطلب منه أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة والعصابية. ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل ممارسة الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين.

كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج.

الخلاصة

لم يعد مقبولا اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها. فالاضطراب النفسي يعتبر من وجهة النظر الحديثة في العلاج السلوكي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص، ولما يحمله من آراء ومعتقدات شخصية. ويشرح لنا هذا الفصل بعض الأساليب التي يستخدمها المعالجون السلوكيون لتعديل أخطاء التفكير بما فيها: التربية المباشرة، وتعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية وتعديل الأساليب الفكرية المثيرة للانفعالات والقلق، وتعديل الحوارات مع النفس، ومراقبة الذات وعقابها أو مكافأتها عند ظهور أنماط معينة من التفكير.

٩ المساندة الوجدانية مع الطفل منهج التعليم الملطف[1]

برزت في السنوات الأخيرة حركة جديدة في العلاج يراها أصحابها (Mcgeee, Menolascino, 1987, Hobbs, & Menousek) بديلا للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقليا والمضطربين. ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها اسم التعليم الملطف.

وبالرغم من بعض الاختلافات الرئيسية بين التعليم الملطف والعلاج السلوكي، فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينهما أكثر من أوجه الاختلاف. فالتعليم الملطف-مثله في ذلك مثل العلاج السلوكي-يبدأ بتحديد المشكلة تحديدا نوعيا ويرسم أهدافا مسبقة للعلاج، ويستخدم كثيرا من الأساليب الشائعة في العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل. ومن ثم فإننا نراه مكملا-وليس بديلا- عن العلاج السلوكي. لكن التعليم الملطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها:

١- أنه يرفض استخدام العقاب تماما ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك بما في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليف الاستجابة

والإبعاد المؤقت.

2- يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية. ويبشر بأن أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة.

3- يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعليم الملطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي).

بعبارة أخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه إلى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض، وتتبنى وجهة نظر تربوية نحو مشكلاته، وتركز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج.

4- يراعي العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض، وذلك كما سنري تفصيلا فيما يلي:

الفلسفة العامة للعلاج الملطف:

1- كل التفاعلات الإنسانية-ناجحة أو فاشلة-تعتمد أساسا على اتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة. فالاتجاه الذي يحمله كل منا نحو الآخر، وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل، ومن ثم، فإن كنا نعتقد أن الطفل المشاغب (مثلا) هو شخص قد أفسدته التربية والتدليل، فإن تفاعلاتنا مع هذا الطفل ستتجه في الغالب الأعم إلى الحزم والعقاب وإملاء الأوامر. وقد يسهم أسلوبنا هذا بدوره في تكوين معتقدات وأحكام لديه يرانا بمقتضاها أننا لا نفهمه وأننا نتسلط عليه ولا نصغي لمشاعره، ولهذا فإن التفاعل الصحي ستبتره منذ البداية الأحكام والآراء المتبادلة للأشخاص موضوع هذا التفاعل.

ويطلق أصحاب التعليم الملطف على هذه المجموعة من القيم الشخصية اسم الوضع القيمي[2] أو الإطار المرجعي الشخصي الذي نسترشد به خلال عملية التفاعل، والذي من شأنه أن يحكم نشاطاتنا اليومية.

والوضع القيمي شيء غير محدد بدقة. فهو كإطار مرجعي يتغير دوما بحسب ما نواجه من الشخص الذي نتفاعل معه. ومن ثم فهو يتعدل ويتغير

عندما نواجه شخصا عدوانيا أو انسحابيا.

ومن المهم الانتباه إلى الجهاز القيمي لكل شخص خلاله عملية العلاج والتفاعل. هذا الانتباه كفيل بألا يجعل هدفنا هو التركيز على تعديل جانب محدد من السلوك الشاذ، أو القفز إلى استخدام الأساليب الفنية الجاهزة. إن معرفتنا بالجهاز القيمي للطفل العدواني أو المنسحب، تساعدنا بادئ ذي بدء على إقامة إطار عمل يمكننا من خلاله تقدير نتائج التفاعل، ومدى استناده إلى المبدأ الرئيسي من مبادئ العلاج الملطف وهو التبادل الإنساني بين الطرفين (المعالج والطفل).

2- العلاج بالتعليم الملطف يتبنى قيما غير تسلطية: فهو بعبارة أخرى يراعي بدقة ألا يؤدي التفاعل العلاجي إلى أي خسارة للطفل. ومن ثم يركز التعليم الملطف على مساندة الطفل، وعلى الصداقة، والاعتماد المتبادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع.

الهدف الرئيسي من التعليم الملطف:

إن الهدف الرئيسي من العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض. ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج.

ونتيجة للرابطة الوجدانية التي تتكون تدريجيا مع الطفل، يتعلم الطفل ثلاثة أشياء هي:

1- إن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة.

2- إن كلماتنا وإيماءاتنا (بما فيها اللمس، والابتسام، والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها، وليس التحكم والرغبة في الضبط.

3- إن مكافأة الطفل تأتي من إسهامه (وليس من مجرد خضوعه).

ويفترض أن تشكيل الرابطة بالطفل وفق المبادئ الثلاثة السابقة سيجعل من الميسور علينا تحقيق تغيرات إيجابية في تفاعلاتنا مع الطفل. فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج في مثل هذه الأحوال من الدخول في علاقات متبادلة، ومتكافئة، ومدعمة للطفل، ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستبق الأمور، لا أن تكون خططه قائمة على مجرد رد الفعل ودرء الخطر. فالمعالج الذي استطاع أن يبني علاقة دافئة، واستطاع أن يجعل هذه العلاقة



شكل رقم (18): تطورت في الأعوام الأخيرة حركة التعليم الملطف كاستجابة معارضة لسيطرة الأساليب السلوكية المبكرة التي تعتمد نسبيا على دور العقاب في تعديل السلوك. وبالرغم من أن التعليم الملطف يستخدم مفاهيم مماثلة للعلاج السلوكي، فإن أصحاب هذه النظرية يرفضون تماما الأساليب العقابية (أ) وينظرون إليها على أنها نتيجة لسيطرة الفلسفة التسلطية في حركة العلاج النفسي بشكل عام. ويركز التعليم الملطف بدلا من ذلك على تكوين رابطة وجدانية بالطفل (ب) ويؤكد دور بعض العوامل غير التسلطية بما فيها المساندة الوجدانية في مواقف الضغط والتوتر (جـ)، والاعتماد المتبادل بدلا من التركيز على فرض الطاعة والانصياع. وتفترض هذه النظرية أن تكوين رابطة وجدانية بالطفل سيمكن من تحقيق تغييرات إيجابية في تفاعلاتنا معه، مما يجعلنا أكثر قدرة على استباق الخطر وضبط جوانب السلوك اللا تكيفي (خاصة العدوان والهرب من المسؤولية) عند حدوثها. وتحقق هذه النظرية أهدافها من خلال أساليب فنية منها متصل: التجاهل-التدعيم-التدخل، ومنها التعليم في صمت، وإعادة ترتيب البيئة لإحداث الاستجابة التكيفية الملائمة.



هي صاحبة التدعيم الرئيسي للطفل، سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك ؛ قبل حدوثه، وسيكون بإمكانه الاستفادة من هذه الرابطة في أكثر المواقف خطرا وحرجا. أي عندما يكون المريض في فترات هياج وعنف وغضب. ولهذا نجد أن العلاج الملطف غالبا ما يحقق نجاحا كبيرا في مثل هذه الحالات بالذات.

وتكوين علاقة قائمة على الترابط والمؤازرة ومساندة الطفل له قواعده وشروطه التي يحددها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتي:

أ- اجعل وجودك مدعما للطفل، وبعبارة أخرى، يحتاج الوالدان والمشرفون على تربية الطفل إلى أن يجعلوا حضورهم أو وجودهم مع الطفل مرتبطا بالدفء والرعاية والتقبل والاهتمام.

ب- شجع الطفل على الإسهام والتبادل. ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والإسهام والتواصل بالنجاح والتدعيم دائما.

ومن هنا تأتي استفادة المعالج بالتعليم الملطف من المبادئ السلوكية المرتبطة بالتدعيم الإيجابي (كالتبسم والعناق). لكن استخدام التدعيم هنا مرتبط بالنجاح في العلاقة الإيجابية والاتصال، وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكي بأنه سلوك جيد أو غير مرضي.

جـ- أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادئ.

د- عندما يعزف الطفل عن الإسهام والتفاعل لأي سبب، يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلقا الظروف الملائمة التي من شأنها أن تجعل الإسهام والتفاعل ضروريين للطفل.

الخلاصة

الهدف الرئيسي من حركة العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية وتطوير علاقة إيجابية بالطفل كمطلب من مطالب العلاج. ونتيجة لهذه الرابطة يتعلم الطفل أن وجودنا لديه يرتبط بالأمان، والإثابة، ومن ثم تؤدي الرابطة الوجدانية مع الطفل إلى تغيرات إيجابية، وستمكن المعالج (أو القائمين بالرعاية) من الدخول في علاقات متبادلة ومتكافئة بالطفل في مواقف الهياج والعنف والعدوان. وللعلاج الملطف أساليب أخرى يتعرض لها الملحق 2، وتمثل حالة الطفل الصعب في الفصل 25 نموذجا لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح.

15 مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة (الدخيل 1990). ولهذا تتكاثر طرقه-كما وكيفا-تبعا لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. وقد اتضح لنا مما سبق شرحه حتى الآن مدى التنوع والتطور في هذه الأساليب.

لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تقرير أي هذه الأساليب يبدأ بها، وعلى أي أساس يختار أسلوبا دون أسلوب آخر، ومتي يجمع بين أكثر من أسلوب معا عند التعامل مع الطفل؟

أي أن الخبير النفسي السلوكي قد يجد في تنوع هذه الأساليب ما يثير حيرته ويربكه عندما يجابه مشكلة سلوكية/ نفسية مطلوب منه إيجاد علاج ناجع لها. فجميع هذه الطرق التي عرضنا لها في هذا الكتاب-إذا نظرنا إليها بموضوعية-قد خضعت للبحث والتجريب والفحص العلمي، ولهذا فهي متساوية من حيث قيمتها العلمية.

لكن هناك معيارا إضافيا نرى أنه يساعد المعالج على اختيار أسلوب علاجي دون آخر، ألا وهو الملاءمة لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد

أساليب أكثر ملاءمة من أساليب أخرى إذا أخذ في الاعتبار نوع المشكلة أو الاضطراب. ومن مراجعة أبحاث العلاج المشهورة يبدو أن هناك اتفاقا على الأساليب العلاجية التي تلائم بعض المشكلات. ويبين الجدول رقم(5)، الذي اعتمدنا في صياغته على عدد من المراجع المتقدمة في العلاج السلوكي، تفصيلا للأساليب السلوكية التي عرضنا لها وما تصلح له من مشكلات.

جدول رقم (5)
بيان بأنواع مشكلات الطفل
وما يلائمها من أساليب علاجية سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفعالية
1 - التطمين المتدرج (التعريض التدريجي لمنبه منفر) والتعامل معه بأقل قدر من الحساسية (تدريج الحساسية)	- المخاوف المرضية، القلق، العزلة، والتجنب الاجتماعي. - التعامل الاجتماعي مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد .
2 - مناهج التدعيم : التدعيم الإيجابي، التدعيم الذاتي، الاقتصاد الرمزي	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الاجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللا إرادي، التغوط، نظافة الفم والبدن)، مشكلات الطعام (نقص الشهية، الشراهة، العزوف عن الطعام)، اضطرابات الانتبها، المهارات الدراسية، اضطرابات السلوك، (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة). اكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس). المهارات الاجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول للعمل).
3 - التشكيل والتقريب التدريجي	المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الاجتماعي (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح).
5 - ضبط المنبه	اضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة.
6 - الانطفاء (سحب التدعيم الاجتماعي، والتجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصراخ، البكاء، العدوان، النهنهة، لفت الانتباه، التفاخر، المعاندة والمجادلة، الإفراط في الملبس أو المظهر.
7 - التشبع بالمنبه	إشعال النيران - بعض حالات السلوك القهري

تابع جدول رقم (5)

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفعالية
8 - التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوي.
9 - الإبعاد المؤقت عن مدعم إيجابي	السلوك التخريبي - المشاجرات والعراك، الشتائم - النحيب.
10- تكاليف الاستجابة	نوبات الغضب Tantrums - العدوان - السرقة - التململ - الإفراط الحركي داخل الفصل الدراسي - الجنوح، إشعال النيران - الفوضوية في السلوك .
11- تدريب المهارة (بما فيها تأكيد الذات - تدريب المهارات الاجتماعية - لعب الأدوار)	نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي بما فيها الخجل - عدم القدرة على رد الإهانات - التعامل مع العداوة الخارجية - العجز عن التعبير عن النفس.
12=- لعب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة.	نواحي القصور في السلوك الاجتماعي - المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته.
13- التعديل المعرفي وتدريب المهارة على حل المشكلات.	مواجهة الأزمات الطارئة - المواقف الحرجة مثل الانفصال - قلق الموت - السلوك الإدماني - مواقف الصراع- المخاوف - العدوان - مواقف التوافق مع الضغوط .
14- مناهج ضبط الذات - الحوار الداخلي مع النفس.	الصراعات الاجتماعية - الاندفاع - الخوف - التقاعس عن الأداء الأكاديمي - الإفراط الحركي - ضعف الدافعية للعمل والنشاط.
15- التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقار الذاتي.	التبول اللاإرادي - السلوك الفوضوي - زيادة السلوك الإيجابي.
16- الاتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض.	السلوك التخريبي - السرقة - الصراخ - الصراع - رفض المدرسة، أو الهرب منها.
17- مراقبة الذات عند ظهور السلوك.	زيادة الوزن أو السمنة - الهزال - مشاكل السلوك الوالدي.
18- أسلوب التعليم الملطف والمؤازرة الوجدانية.	العدوان - تدمير الذات - الهرب من المترل أو المدرسة.

الخلاصة

يشرح هذا الفصل ويلخص الأساليب المتنوعة والمستخدمة في ميدان العلاج السلوكي.. ويبين نوع المشكلات أو الاضطراب الذي يصلح علاجه بأسلوب دون الأساليب الأخرى. ومن ثم، يكون بإمكاننا، بمقارنة هذه الأساليب بعضها بالبعض الآخر، أن نختار الملائم منها عند التعرض لمشكلات الطفل.

هوامش الباب الثاني

الفصل الخامس

(1) Habituation

(2) Reciprocal inhibition

(3) Phobias

(4) School Phobias

(5) Relaxation

(6) In vivo

(7) Relaxation

(8) Tics

(9) Muscle relaxation

الفصل السادس

(1) الأسماء المستخدمة هنا أسماء غير حقيقية للمحافظة على خصوصية الحالات. كذلك قمنا بتبديل بعض البيانات الديموغرافية في الحالات المعروضة لنفس الغرض.

(2) Raven progressive Matrices

(3) Draw-A-Person Test

(4) Punishment

(5) Response cost

(6) Time out

(7) Ignoring

(8) Testing Period

(9) Gentle Teaching

(10) Progressive approximation

(11) Differential reinforcement of other responses (DRO)

(12) Differential reinforcement of alternative behavior

الفصل السابع

(1)- Modeling

(2)- Assertive training

(3) Role playing

(4) Homosexuality

(5) Heterosexuality

(6) ولكن توجد تفسيرات أخرى لهذه الظاهرة. فهناك من يرجع انتشار الاستجناس إلى تدعيم الأمن للعلاقات مع الزملاء من الجنس نفسه، وعدم تدعيم مثيلاتها مع الجنس الآخر. كما تبين دراسة أخرى أن تطور الميول الاستجناسية يرتبط بوجود تجارب سيئة مع الجنس الآخر، أو نتيجة لفشل مباشر أو إحباط في العلاقات مع أفراد من الجنس الآخر (Whitaker & Wickelly, 1964).

(7) Autistic disorders

(8) تسمى هذه المجموعة في المصطلحات العلمية المجموعة الضابطة control group. والهدف من وجود هذه المجموعة في التجربة، التأكد من عدم وجود سبب آخر للتغير الذي قد يظهر لدى المجموعة التجريبية (المجموعة الأولى في هذه التجربة) غير السبب الذي يفترضه المجرب.

(9) Assertiveness training

(10) Emotional freedom

(11) In Vivo

(12) Role playing

(13) RehearsaL

الفصل الثامن

(1) Problem solving skills

(2) Negative expectations

(3) Learned helplessness

(4) Panic

(5) Learned hope

(6) Fantasize consequences

(7) Coping skills

الفصل التاسع

(1) Gentle teaching

(2) Posture

الباب الثالث

إجراءات العلاج السلوكي ونماذج من خططه

مقدمة الباب الثالث

«يجب عمل كل شيء ببساطة
ما أمكن ولكن ليس بشكل متبسط»

أينشتاين

إذا كان سير«وليام أوسلر» William Osler يقول إن دراسة ظواهر المرض دون الاطلاع على ما كتب عنها في السابق أشبه بالإبحار في محيط لا روافد له، فكذلك يمكن من ناحيتنا أن نقول إن العلاج السلوكي دون خطة مسبقة أشبه بالسباحة في بحر غير محدد المعالم. فمن دون خطة علاجية ومن دون إجراءات معدة سابقا، تصبح محاولات العلاج فوضى وبعثرة للجهد وضياعا لكثير من الفرص الجيدة والمواقف السانحة التي من شأنها أن تيسر العلاج.

والهدف من هذا الباب هو أن نشرح كل الإجراءات المطلوبة للقيام بخطة علاج سلوكي للطفل، وفضلا عما في هذا من فائدة للمتخصص فإن فيه أيضا فائدة لا يمكن إنكارها للآخرين من غير المتخصصين بسبب ما تمنحه لهم من فرص الاطلاع على إجراءات العلاج بما يتضمنه من شحذ للقدرة على تحديد أهداف العلاج وتحديد القوى الفعالة في عمليات التغيير.

ولكي يتمكن القارئ من التحكم الجيد في وضع خطة علاجية، يقدم له هذا الباب من-خلال فصوله المتنوعة-نماذج لخطط أثبتت فائدتها في علاج مشكلات محددة شائعة بين الأطفال بما فيها المخاوف المدرسية واضطرابات الانتباه والتبول اللا إرادي.. إلخ.

وبالرغم من أن هذه الخطط ليست بالضرورة خططا نهائية وكاملة لعلاج هذه المشكلات التي وضعت لها فإنه يمكن اعتبارها بالطبع مرشدات لمزيد من الخطط الفعالة إذا ما تعذر العلاج بهذه الخطط التي صغناها للقارئ وتزداد قيمة الاطلاع على هذه الخطط إذا ما حاول القارئ دمجها بدراسة الحالات الفردية في العلاج والتي يعطي الباب الرابع نماذج متنوعة منها.

11 إجراءات العلاج السلوكي للطفل

(الخطوات الست)

لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم نتبع ست خطوات، هي:

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله. أي أن السلوك المحوري هو مصدر الشكوى، وهو الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن تعديله سيؤدي إلى تحقيق العلاج. ويلزم تحديد السلوك المحوري تحديدا نوعيا. ولهذا فليس من المقبول أن نستخدم عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف في الشخصية، لأن المطلوب تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. (مثلا، بدلا من ضعف الشخصية يمكن أن يقال إنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تخرق حقوقه). ويفرض بعد تحديد السلوك المحوري أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة-من خلال البيانات

والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل-عن كيفية تأثير هذا السلوك في صحة الطفل وتصرف الآخرين نحوه والتفاعل بين جميع الأطراف.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه:

بعد تحديد السلوك المحوري بالدقة المطلوبة تأتي الخطوة الثانية وهي جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصا لذلك، حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار (الخط القاعدي) [1]، وهو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج.

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين:

1- تبين لنا-كميا-مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

2- تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

وتمثل استمارة التسجيل المرفقة في الجدول رقم(6) نموذجا لإحدى الاستمارات التي أعدت لملئها بالبيانات المستقاة من ملاحظة أنواع من السلوك المضطرب خلال 24 ساعة. وعادة ما يعطي المعالج الأبوين أو المدرسين مثل هذه الاستمارات لملئها بالمعلومات المستقاة من تتبعهم لسلوك الطفل. أما إذا كان الطفل محجوزا في مؤسسة أو في مستشفى أو عيادة فإن المشرفين والممرضين يقومون بملء هذه الاستمارة على نفس النمط، بينما صممت استمارة التسجيل في الجدول رقم(7) لتسجيل البيانات المستقاة من ملاحظة سلوك واحد (السلوك المحوري) خلال 24 ساعة لمدة 22 يوما، أي ملاحظة تطور ذلك السلوك عبر فترات زمنية.

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق:

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه:

مثال: الطفل يهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطئ في الظهور.

مثال: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الإخوة، أو عندما ضحك الأب في السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه..

مثال: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللواحق السلوكية) نموذجا جيدا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب:

1- أنواع السلوك مصدر الشكوى (يضرب-يشتم-يبصق.. إلخ).

2- تاريخ حدوثه.

3- الوقت الذي استغرقه.

4- مع من حدث؟ (الأب-الأم-أحد الإخوة-الزملاء).

5- كم مرة يحدث في اليوم؟ (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base line data).

6- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟ (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج-رفض طلب له-إثر مشادة-بعد توبيخه أو معايرته.. الخ).

7- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك؟ (الأمر بأن يسكت-تقييد الحركة-الضرب).

8- ما المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطئ؟ (حصل على اللعبة التي كانت موضوعا للشجار-عدم الذهاب للمدرسة.. إثارة غيظ الأسرة).

9- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة-صراع بين الأبوين-طلاق-عطلة-عادة شهرية-احتمالات ممارسة عادة سرية.. إلخ).

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية:

يتم في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذ اكتملت لدى المعالج

جدول رقم (6)

جامعة الملك فيصل

مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

استمارة تسجيل السلوك خلال 24 ساعة

الشخص : ______________ العمر ________ التاريخ : / /

القائم (القائمون) بالملاحظة:

التعلميات : سجل حسب هذا الجدول ظهور السلوك : ____________________

كل ساعة ضع علامة (√) إذا ظهر هذا السلوك – وعلامة (x) إذا لم يظهر خلال هذه الساعة على مدار 24 ساعة أو طوال فترة الملاحظة. لا تدع أي ساعة تمر دون أن تلاحظ السلوك كل يوم وطوال اليوم لمدة : ________ أيام.

م	السلوك	فترات الملاحظة																								ملاحظات
1	إعتداء																									
2	ضرب																									
3	تحطيم ملكية																									
4	تبول																									
5	إضرار بالنفس																									
6	فزع																									
7	تحرش																									
8	مشكلات																									
9																										
10																										
11																										
12																										

جدول رقم (7)

جامعة الملك فيصل

مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

ظهور السلوك في عينات زمنية

الشخص (المريض) : ________________ التاريخ من: / / إلى: / /

القائم بالملاحظة: ________________ السلوك الذي يخضع للمعالجة: ________

المرجو ملاحظة الشخص (أو الطفل) أعلاه عدد: ________ في اليوم بين الساعة : ________

والساعة: ________ (صباحا – مساء، بعد الظهر) لمدة: ______ ثانية. ضع علامة ( )

عندما يظهر السلوك في كل يوم قبل أن تبدأ الملاحظات في كل يوم تال.

التاريخ															المجموع	%	ملاحظات

صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضي (المحوري) المطلوب علاجها، وأصبحت لديه بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك والمكاسب التي يجنيها منه الطفل. فضلا عن هذا فقد توافرت كذلك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتي تسهم في تقوية هذا السلوك، وتتضمن الخطة العلاجية ما يلي:

أ- تحديد الأهداف النوعية التي تتطلع لإنجازها ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف بشكل إيجابي.

مثال: بدلا من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشتائم والألفاظ النابية بنسبة 50٪ في الأسبوع الأولى»، يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:

«تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظي بنسبة 50٪ في الأسبوع الأول».

مثال آخر: بدلا من «التوقف عن المجادلة» قل «تزايد نسبة الإصغاء» أو «تزايد نسبة إلقاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على التعاون» (حدد ذلك نوعيا).

وضح في الخطة الشروط أو الوسط الذي سيحدث خلاله السلوك الإيجابي، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابي.

مثال: إذا كان الهدف هو زيادة السلوك التعاوني في الأسبوع الأول بنسبة 50٪ تكون محكات هذه الزيادة مثلا: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في المطبخ (ب) عدد المرات التي ينقل فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها،)ج) كم مرة قام بترتيب سريره في الأسبوع. (د) يساعد الأم على تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى. أي يمكن على وجه العموم وضع محكات السلوك الإيجابي إما في شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذي يقضيه في أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدة نشاطات سلوكية متنوعة يمكن تفسيرها بشكل إيجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

ب-أشرك الوالدين والطفل في وضع البرنامج، فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب فيه أو تيسر ظهوره.

جـ- استعن بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة (جدول 3)، وحاول

عند اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

د- وجه انتباه الوالدين إلى ضرورة الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

هـ- يجب أن تتضمن الخطة كل الأساليب الفنية التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب فيه، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب فيه..

مثلا: سيستخدم الأبوان طريقة الإبعاد المؤقت لمدة خمس دقائق في أي مكان منعزل إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغداء.

و- ينبغي أن تشتمل الخطة أيضا على مدى زمني لتقييم هذا البرنامج بحيث يكون متناغما مع خطة الأبوين العلاجية.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية:

وتتكون عناصر هذه الخطة مما يلي:

أ- تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة. ويعني هذا تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بدلا من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه.

مثلا: تقوم العائلة بعمل جلسات أسرية-ثلاث مرات أسبوعيا-لمدة نصف ساعة يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد، بل يتبادلان الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلون معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدني والتربيت.

مثال آخر: مكافأة أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيا إما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصا لذلك.

ب- يقسم السلوك-الهدف-إلى خطوات فرعية، وتشجيع كل خطوة عند ظهورها:

جامعة الملك فيصل

مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

قسم الطب النفسي / العيادة السلوكية

(استمارة ملاحظة)

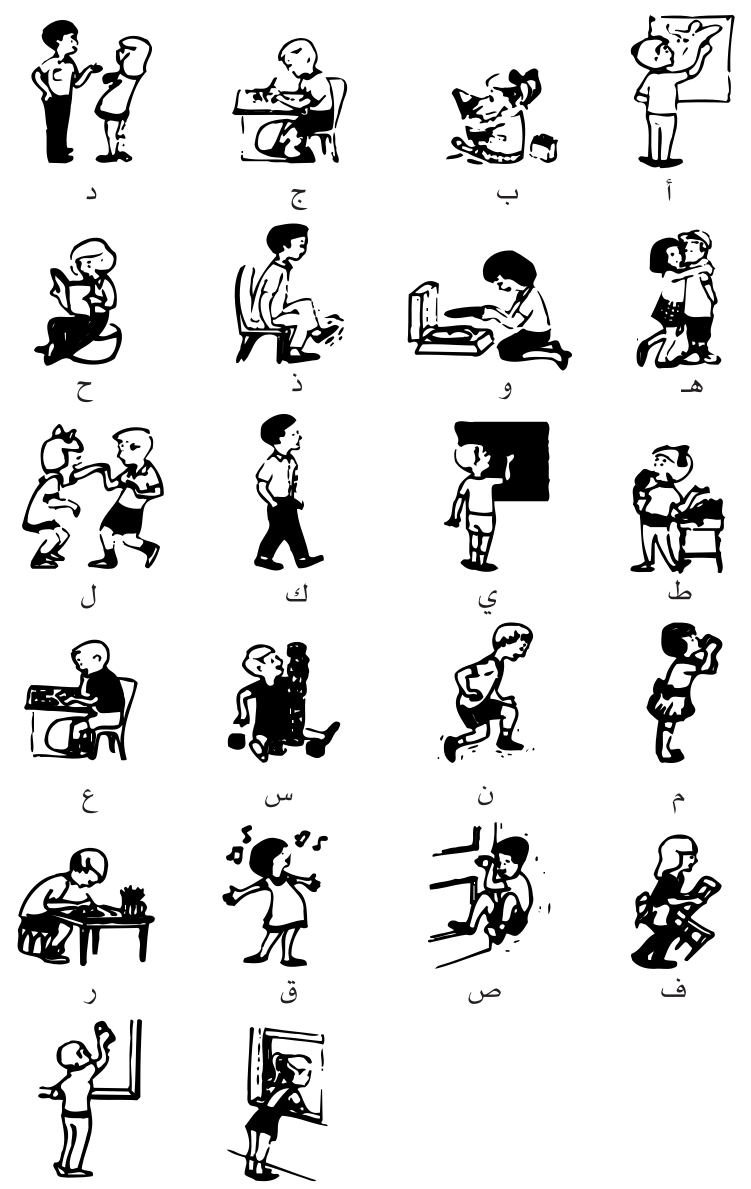
السوابق واللواحق السلوكية

اسم الشخص:

التعليمات/ فيما يلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرأ ما هو هذا السلوك، وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بالخانة الأولى من الجدول التالي . . املأ بقية الخانات بحسب ماهو محدد في كل منها:

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي استغرق	كم مرة في اليوم	ما الذؤي حدث قبل ظهور السلوك؟	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما المكاسب التي عادت عليه من جراء السلوك كما يراها؟	اكتب هنا أي ملاحظات ارتبطت بظهور المشكلة
1	ضرب أو اعتداء				1 - إثر رفض الطلب 2 - إثر توبيخه 3 - إثر نهيه عن شيء. 4 - إثر مشادة 5 - إثر اللعب مع الأخوة 6 - أحد الأفراد خاطبه بصوت عال 7 - قبل الذهاب للمدرسة. 8 - الانشغال عنه 9 - تجاهل طلبه 10- معايرته 11- مقارنته بأحد إخوته 12- قبل النوم 13- الإعداد لاستقبال زائرين 14- الإعداد للخروج 15- حوادث أخرى:	1 - الأمر بأن يسكت 2 - تهديد. 3 - تقييد الحركة 4 - الخصام 5 - حرمانه من ممتلكاته 6 - عزله في مكان منفرد 7 - الضرب 8 - سؤاله عن سبب المشكلة 9 - التوسل ألا يفعل ذلك. 10- توجيه انتباهه لنشاط بديل 11- التربيت على جسمه 12- تغيير موضوع الحديث 13- أشياء أخرى تذكر	1 - الانتباه له 2 - الاستيلاء على شيء 3 - عدم الذهاب للمدرسة 4 - الهرب من أداء الواجب 5 - عدم التنظيف 6 - عقاب أحد الأخوة 7 - عدم النوم في الوقت 8 - تغيير مكان النوم 9 - أي مكاسب أخرى تراها:	مثلا: مولود جديد غيره انفصال مرتقب عن الأسرة شكاوي رسمية تغيرات بيولوحية كالعادة الشهرية عند الفتيات مشادات في الأسرة طلاق زواج حديث أيام العطلات أيام الدراسة التعرض لزائرين أو غرباء أوقات معينة بالليل أو النهار أي تغييرات جديدة خاصة بالأسرة أو الشخص أو العمل تذكر:
2	تحطيم ملكية							
3	شتائم							
4	إضرار بالنفس							
5	هروب							
6	بكاء وصراخ							
7	فزع							
8	تحرش							
9	رفض الاستجابة لأمر							
10	التبول أو التبرز اللاإرادي على النفس							
11	مشكلات أخرى:							

* استخدام استمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة .



شكل رقم (١٩): قائمة مدعمات مصورة تعرض على الطفل لكي يختار منها أنواع النشاط (أو النشاطات) المرغوب فيها، والتي تصبح باختيارها مدعمات تمنح للطفل حسب الخطة العلاجية .(عن: Daley,1979)

جدول رقم 3

قائمة المدعمات

اسم الشخص : ________________________

هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة. فالمطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه. . أضف إلى القائمة ما تشاء.

اجتماعية وشخصية	نشاطات	ممتلكات
1- مساعدة الأم في المطبخ	1- الذهاب إلى الملاهي	1- ملابس . . .
2- المدح	2- رسم أو تكوين	2- مجلات . . .
3- اللعب مع الأب	3- خياطة أو تفصيل	3- كتب . . .
4- الخروج للتزهة بمفرده	4- قص ولزق	4- أدوات . .
5- الخروج للتزهة بصحبة الأسرة	5- الصيد	5- أقلام . .
6- الخروج للتزهة بصحبة الأصدقاء	6- السباحة	6- صور للتعليق . .
7- إعطاء وقت للانفراد	7- صلاة جماعية	7- مشروبات غازية
8 - الإصغاء والانتباه للشخص	8- القيادة	8- عصير أو آيس
9- التفريط العلني وإبداء الإعجاب	9- شراء أشياء من السوق	كريم
10- الذهاب إلى حفلة	أو المخبز	9- لبس
11- الذهاب إلى رحلة	10- إطعام صغار الحيوانات	10- سجائر
12- زيارة أصدقاء	11- الدخول في مناقشة	11- شوكلاتة أو
13- الانتماء لجماعة رياضية أو نادٍ	12- غناء فردي أو جماعي	حلويات
(اجتماعية وشخصية)	13- مشاهدة تليفزيون -	12- قهوة أو شاء
14- الكلام (تبادل الحوار)	نشاطات	13- نقود - ممتلكات
15- إطلاق نكتة	14- الاستماع لراديو	14- أطعمة للتسلية
16- التربيت على الكتف	15- القراءة	15- أشطرة تسجيل
17- التأييد	16- ألعاب (كرة القدم،	16- أشرطة فيديو
18- الاحتكاك البصري والابتسام	سلة، تنس، شطرنج،	17- ساندوتشات
19- الذهاب إلى الأسواق (ملابس،	سباحة، مصارعة)	18- أدوات تلوين
لعب سيارات، أدوات كهربائية)	17- رحلات	19- راديو
20- التصفيق له	18- عمل مشروب	20- تليفزيون
21- اللمس والقرب البدني	19- غسيل	21- كاميرا للتصوير
22- المساعدة على عمل شيء	20- تنظيف	22- ساعة
23- تقديم شاي أو قهوة	21- تربية حيوانات	23- ستيريو
24- مناقشات	22- ركوب دراجة	24- منبه
25- اجتماعات عائلية	23- كنس أو تنظيف	25- ترتيب الأثاث
26- أشياء أخرى	24- خياطة	26- ممتلكات أو
	25- نط الحبل	حوافز أخرى
	26- نشاطات أخرى	

مثلا: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب أو إلحاح أو نحيب) لمدة 15 دقيقة نذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثابته على ذلك وزيادة فترة التوقف عن السلوك السلبي. ويمكن بعد ذلك زيادة الفترة على 15 دقيقة تدريجيا، كل أربعة أيام مثلا، قبل أن نثيبه.

مثال آخر : يقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيا (حسب الخطة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الاجتماعية. (مثلا عندما يلاعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر: تحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائما بالنجاح، وإثابته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (8)

جـ- ساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ أو المرضي بحيث يستحيل عند ممارسة هذه النماذج أداء السلوك المرضي.

جدول رقم 8

قائمة نشاطات يمكن استخدامها لخلق فرص النجاح أما الطفل لأن أداءها دائما ينتهي بالنجاح			
ترتيب الأواني	ترتيب مكان . . .	التعاون مع أحد	حفظ
تقليب الصحيفة أو	عمل الواجبات	أفراد الأسرة في:	تذكير
المجلة	المترلية	. . . .	شراء أشياء من
وضع بعض الكتب	غسل وعاء	تشغيل الراديو أو	الخارج
في أماكنها	عمل شاي أو قهوة	التليفزيون	تنظيف طفل آخر
الصحيحة	كنس حجرته	إطفاء الراديو أو	غسل الملابس
الاستماع إلى أغنية	كنس حجرة	التليفزيون	تجفيف الملابس
أو الأخبار	أخرى	إطفاء الأضواء	تطبيق الملابس
قراءة في جريدة أو	كنس المطبخ . .	إشعال الأضواء	ترتيب أرفف
خبر أو مجلة	الخ	تنظيف السيارة	طبخ
رواية خبر سمعه	نقل طبق أو صحن	الكتابة	تذكيرنا بشيء
تواً	لمكانه	تعلم خبرة جديدة	معين . . . الخ.

مثال: تطلب الأم من الطفل أن يعطي أخاه الأصغر لعبة لكي يداعبه بها كلما قامت بإرضاع أو ملاعبة الطفل الصغير (هنا لا يمكن أن يكون الطفل عدائيا وودودا في الوقت نفسه).

مثال آخر: لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب يطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معا، أو استخدامهما في أداء أي نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مغلولتان أو مشغولتان بشيء آخر).

د- الاحتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ- إدماج الآباء والإخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج واطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة: تعميم السلوك:

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك، يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية. إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني على مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، والاحتكاك البصري، والتعبير عن الانفعالات بحرية.. إلخ..

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية (مثلا: «لقد أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف من أن تفقد أعصابك»).

الخلاصة

يشرح لنا هذا الفصل الإجراءات السلوكية المستخدمة في عملية العلاج النفسي وفق ست خطوات هي: تحديد السلوك المحوري (أي السلوك الذي سيخضع للعلاج)، قياس مدى شيوع هذا السلوك، الظروف أو الحوادث البيئية السابقة لحدوث السلوك واللاحقة له، وضع الخطة العلاجية، بناء توقعات علاجية إيجابية، ثم أخيرا تعميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية.. ومن ثم يمهد هذا الفصل للخطط في الفصل التالي.

12 خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

يمثل الخوف من المدرسة إحدى المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدرا من مصادر الضيق للأسرة. وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الانزعاج الشديد والرعب والتمارض في صباح كل يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل. وسنشرح فيما يلي خطة علاجية يمكن اتباعها للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه. وعادة ما يمكن القضاء على هذا الخوف في فترة قصيرة (قد تصل ثلاثة أيام في بعض الحالات) إذا ما أمكن استخدام هذه الخطة بشكل منتظم:

الإجراءات العلاجية:

1- تكوين علاقة طيبة بالمدرسة، والأطباء، والعيادة للتعرف على المشكلة سريعا وقبل استفحالها.

2- تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية. فمثلا لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي. ويتم هذا طبعا إذا كنا متأكدين من



شكل رقم (20): للتغلب على المخاوف المدرسية، من المهم عدم مناقشة الطفل في مخاوفه، وأن نصحبه وببساطة للمدرسة ونترك المكان ونمتدح في نهاية اليوم وبعد عودته نجاحه في قضاء يومه في المدرسة. ومن المهم أن يكون جو المدرسة ودودا بحيث لا يتعرض الطفل لصدمات أو عدوان من أساتذته أو زملائه حتى لا تحدث انتكاسات مرضية حادة.

سلامة حالته الصحية، وإلا فعلينا التأكد من ذلك مبكرا أو بشكل خفي.

3- تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لهما أن مخاوف طفلهما ستختفي تدريجيا، وأن العكس صحيح، أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه.

4- إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية، وفق الخطوط التالية:

أ- خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة. فلا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها. ويتطلب ذلك ألا نناقش مع الطفل الذهاب للمدرسة، ولا نناقش معه أعراض خوفه. لا تستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأن الذهاب للمدرسة أصبح وشيكا؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو قلبك يخفق لأنك ذاهب للمدرسة غدا؟

ب- أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع، وبالذات في

الليلة السابقة على المدرسة ومن دون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب للمدرسة غدا.

جـ- أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، ساعده على ارتداء ملابسه، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على ألا تكون من النوع الدسم الذي قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان فيما بعد (لاحظ أن الغثيان من أعراض القلق.. وأن إثارته بشكل قصدي أو غير قصدي قد تؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته).

د- خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره، ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلا إن كان يشعر بالهدوء).

كل المطلوب أن تأخذه للمدرسة وتسلمه للمشرفين، وأن تترك المكان.

هـ- في المساء، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكه، واثن على نجاحه في الذهاب للمدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقيء أو الإسهال.

و- أبلغه أن غدا سيكون أسهل عليه من اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك. كرر هذه العبارة «إن غدا سيكون أسهل من اليوم» حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لتغيير الموضوع.

ز-كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة.

حـ- عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث. ولخلق مزيد من التدعيم يمكن أن تهديه في هذا اليوم الثالث شيئا جذابا، أو يمكن عمل حفلة أسرية بسيطة احتفالا بتغلبه على المشكلة.

ط- استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين أو المعاملة القاسية من مدرسيه وذلك لمعالجة هذه الأشياء أولا بأول.

13 خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل

تشتت الانتباه عند الطفل من الأشياء التي تعوق التفاعل معه، وتعوق استجابته للبيئة، وبالتالي تعطل من قدراته على التعلم بفعالية. وتشتت الانتباه في حد ذاته من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة، وتمثل تحديا حقيقيا لفاعلية العمليات العلاجية. وتزداد آثاره السلبية خاصة في المدرسة بسبب ما يخلقه من صعوبات في إدارة الفصل الدراسي، فضلا عن مخاطر التأثير في الأطفال الآخرين. وتهدف الخطة العلاجية التالية إلى تركيز الانتباه وزيادة مداه الزمني تدريجيا، مع ما يصحب ذلك من تزايد الفترات المنقضية في أداء نشاط معين (للاستغراق في النشاط).

يحتاج المعالج أو المعلم أو الأبوان إلى أدوات منها : كرسيان، طاولة (منضدة)، وبعض المدعمات الإيجابية المرغوب فيها من الطفل (أطعمة، حلوى، ومشروبات)، فضلا عن بعض الأدوات الأخرى بما فيها ملاعق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب.. إلخ.

يمكن للتدريب أن يتم في أي مكان، ويمكن إنجاز

التدريب حتى إذا كان الطفل مع الأطفال الآخرين في الفصل أو المؤسسة.

وتركيز الانتباه مهارة تتكون من أربع مراحل من السلوك، وعادة ما يكون أي طفل قادرا على أداء كل مرحلة منها، ولكنه قد يعجز عن القيام بها في الوقت المناسب وبالترتيب الملائم.

مراحل تشكيل سلوك الانتباه:

تعتمد عملية تدريب الطفل الذي يعاني تشتت الانتباه على تشكيل سلوكه بشكل منظم حتى يكون قادرا على أداء المراحل الأربع للانتباه وهي:

1- الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد.
2- النظر إليك والاستجابة لك عندما تناديه أو تذكر اسمه.
3- النظر إلى شيء معين عندما تطلب منه ذلك: أي في الوقت الملائم.
4- أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة.

المرحلة الأولى:

بالنسبة للتدريب على المرحلة الأولى: اطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهك. إذا استجاب لك وجلس ولو لمدة 30 ثانية قدم له مدعما إيجابيا، مع مدحه، واتجه للمرحلة الثانية.

إذا لم يستجب الطفل، وبدأ ينط ويقفز هنا وهناك، أو أفرط في الحديث أو الحركة، واستمر في سلوكه الفوضوي، فإنك تحتاج إلى تدريبه على الجلوس بهدوء بالطريقة التالية:

اسأله أن يجلس بهدوء، واجعل سؤالك له مصحوبا بحثه بلطف من ذراعه أو كتفه حتى يجلس لمدة 5 ثوان. امتدح ذلك لفظيا على الفور، مع تقديم مدعم ملموس (طعام أو حلوى). استمر في الطلب إليه أن يجلس بهدوء مع التوقف تدريجيا عن الحث البدني، وفي كل مرة يجلس استمر في امتداح سلوكه وتدعيمه بالطريقة نفسها.

خلال جلوسه لا تقدم المدعمات اللفظية أو الملموسة والطفل يتحرك بشدة أو يهز الكرسي الذي يجلس عليه. انتظر على الأقل 5 ثوان لكي يهدأ قبل أن تعطيه التدعيم المطلوب.

عندما ينجح الطفل في الجلوس بهدوء لمدة 10 ثوان، ابدأ تدريجيا في

زيادة هذه الفترة خمس ثوان في كل مرة حتى يبلغ طول الفترة (30 ثانية)، وتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجئ أو سريع، وكن صبورا. وفي كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء للفترة المحددة) قدم التدعيمات اللفظية بسخاء.

ويجب ألا تستغرق جلسة التدريب أكثر من 10 إلى 15 دقيقة. بل يمكنك أن تطلب من الطفل أن يغادر كرسيه ويتجول بالغرفة كل دقيقتين أو ثلاث. ولكن تأكد أن يتم ذلك بعد أن يكون الطفل قد جلس بهدوء لوقت ملائم. انتقل للمرحلة الثانية بعد أن يصل الطفل للسلوك المحوري وهو الجلوس بهدوء لمدة 30 ثانية.

المرحلة الثانية:

ويتطلب التدريب في المرحلة الثانية، تدريب الطفل على النظر إليك عندما تنادي اسمه ويتم ذلك وفق الخطوات التالية:

اسأل الطفل أن يجلس كما تدرب على ذلك. عندما يجلس بهدوء انطق اسمه عاليا. إذا نظر لك الطفل ولو لفترة خاطفة (ثانية أو ثانيتين)، قم بتدعيمه فورا. لا تقم بالتدعيم إذا كان الطفل يفرط في الحركة.

إذا لم ينظر الطفل إليك عند مناداته باسمه، فإنك تحتاج إلى تدريبه على تشكيل هذه الاستجابة.

عندما يجلس الطفل اطلب منه أن ينظر إليك: «محمد انظر إلي». انتظر فترة قصيرة ثم قم بتدعيمه حالما يوجه نظره إليك، واستمر في هذا الإجراء. في كل مرة ينظر إليك قم بتدعيم ذلك السلوك فورا. حاول بعدئذ أن تزيد تدريجيا الوقت الذي يمر بين بدء النظر إليك وتقديم المدعم لتزيد فترة نظره إليك، إلى أن يصبح قادرا على النظر إليك لمدة 5 ثوان عندما تنطق اسمه.

إذا لم يحدث ذلك ولم ينظر إليك عندما تنادي اسمه. كرر الطلب: «محمد انظر إلي»، ولكن أضف هذه المرة الحث البدني بوضع إصبعك أسفل ذقنه وثني رأسه برفق حتى يتمكن من رؤيتك. قم بتدعيمه فورا. ضع المدعم أمام عينيك ثم قدمه له فورا حالما يتمكن من النظر إليه، ومن ثم النظر إلى وجهك وعينيك.

كرر هذا الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري حتى يتمكن الطفل من الوصول للاستجابة الملائمة (النظر إليك عندما تنطق اسمه). تخلص تدريجيا من الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر إليك من خلال الحث اللفظي فقط. تذكر أن تخفض تدريجيا المدعم عن مستوى عينيك حتى تتأكد أن الطفل أصبح قادرا على النظر إليك وليس النظر للمدعم فحسب.

استخدم نفس الإجراء لزيادة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء. وعندما يكون الطفل قادرا على ذلك مع النظر إليك عندما تنطق اسمه.. توجه للمرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة:

في المرحلة الثالثة يتم تدريب الطفل على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة عندما تطلب منه ذلك. ولكي يتم التدريب بنجاح ينبغي اتباع الخطوات التالية:

ضع واحدا أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها (ملعقة أو مفتاح أو كتاب أو كرة.. إلخ). اسأل الطفل أن «يجلس» وأن «ينظر إليك» كما في الخطوتين الأولى والثانية. اسأله بعدئذ «أن ينظر إلى الكرة» (مثلا) بينما أنت تشير بإصبعك إليها. دعم الطفل لفظيا وبدنيا فورا إذا ما استجاب لك بالنظر إلى الكرة.

إذا لم يحدث ذلك. استخدم أسلوب الحث البدني بالطريقة السابقة. أعد عليه طلبك بأن ينظر إلى الكرة، وأنت في الوقت نفسه تلوي رأسه برفق لكي يكون من السهل عليه أن ينظر إليها.

كرر نفس الإجراء في المرحلة الثانية أي بأن تجعل المدعم قريبا من الموضوع الذي تريد من الطفل أن ينظر إليه. ثم قم بالتدعيم فورا. حاول أن توقف تدريجيا الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر للشيء المطلوب كاستجابة للتعليمات اللفظية فحسب، ومن دون مساعدة منك. تذكر: يجب أن يكون الطفل جالسا وبهدوء خلال الاستجابة حتى تعطيه المدعم. وعندما يحدث ذلك، علمه أن يمارس نشاطات معينة استجابة للتعليمات التي تلوتها عليه كما في المرحلة الرابعة.

المرحلة الرابعة:

في المرحلة الرابعة يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين لفترة زمنية بسيطة تزاد تدريجيا بالطرق نفسها التي استخدمناها في الخطوات الثلاث السابقة:

اطلب من الطفل أن يؤدي نشاطا بسيطا باستخدام الأدوات الموضوعة على المنضدة مثل: رص المكعبات، وضع الأدوات في صندوق، تجميع أشياء بسيطة.. إلخ. اطلب منه أن يجلس وأن ينظر إلى الأشياء المطلوبة. ثم قل له «محمد أريدك أن تضع هذه الأشياء في هذا الصندوق» وأشر كالعادة بأصابعك إلى الأشياء ثم الصندوق، وإذا فعل الطفل ذلك قدم التدعيم المرغوب فيه فورا. استمر في التدعيم كل 30 ثانية خلال قيام الطفل بأداء النشاط المطلوب: وهي نقل الأشياء المطلوبة إلى الصندوق. إذا توقف الطفل عن النشاط. انتظر بضع ثوان، وكرر طلبك له بأن ينقل الأشياء إلى الصندوق. دعم فورا حالما يعاود الاستجابة، واستمر في التدعيم كل 35 ثانية إذا استمر في أداء النشاط المطلوب.

إذا لم يستجب الطفل منذ البداية للقيام بالنشاط الذي طلبته منه، استخدم الحث اللفظي مع الحث البدني، بأن تمسك يديه برفق وتوجههما إلى الأشياء المطلوب عملها. ولكن تجنب إرغام الطفل على ذلك، ودعم حالما يستجيب ثم استمر في التدعيم كل 30 أو 40 ثانية إذا ما استجاب الطفل. قلل تدريجيا الحث البدني حتى تصل به إلى الاستجابة للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات. اعمل تدريجيا على زيادة الفترة المنقضية قبل تقديم المدعم.

وإذا راعيت هذه التعليمات السابقة.. وأخذت تنتقل تدريجيا من مرحلة إلى المرحلة التي تليها.. وإذا عملت على زيادة الوقت المنقضي بين ظهور النشاط وتقديم التدعيم تدريجيا وبصبر ودون إرغام، فسيكون بإمكان الطفل أن يستجيب للتعليمات المطلوبة وأن يستغرق في أداء الأنشطة المختلفة مدة 10 دقائق على الأقل في كل مرة.

١٤ خطة لضمان الاستمرار في التغيرات الإيجابية للعلاج

إن قضية الاستمرار في التغيرات الإيجابية العلاجية التي ننجزها مع الطفل قضية جوهرية لا تقل من حيث الأهمية عن تنفيذ خطط العلاج نفسها. وتبرز أهمية هذه القضية إذا تذكرنا أن كثيرا من الإنجازات العلاجية التي نحصل عليها بطريقة العلاج السلوكي قد تختفي بسرعة إذا لم نستمر في تقوية السلوك الجديد.

وتتبع خطتنا في ذلك الخطوط السلوكية العريضة نفسها التي استخدمناها في اكتساب السلوك الجديد.

وعلينا هنا أن نتذكر أن عدم تدعيم السلوك أو عدم الاستمرار في تدعيمه بعد اكتسابه يعني أننا نتجاهله، وان التجاهل يؤدي إلى الانطفاء. وإذا كنا نوصي باستخدام التجاهل للتخلص من السلوك التدميري أو المرضي، فإننا بنفس الزخم نحذر من استخدام التجاهل في حالة السلوك الإيجابي لأن هذا سيؤدي إلى توقفه وانطفائه. ولهذا نوصي بالخطة التالية لتأكيد الاستمرار في التغيرات العلاجية:

الخطة:

1- الآن وقد تعلم الطفل أن يحاكي تصرفاتك، وأن يستجيب لتعليماتك، أو أن يقوم بأي تصرفات أخرى مرغوب فيها، يبقى عليك أن تستمر في امتداح سلوكه الجديد المكتسب بين الحين والآخر. إن الاستمرار في استخدام كلمات مثل «شكرا» بين الحين والآخر عندما يقوم الطفل بالنشاط المطلوب كفيل بأن يضمن استمرارية ذلك النشاط.

2- وننصح بشكل عام بتجنب التعليقات السلبية، أو خلق توقعات سلبية. فمن الأفضل أن نحجم عن استخدام كلمات مثل «لا».. «هذا خطأ».. «بدأت من جديد تعود إلى العنف».. إلخ. فاستخدام مثل هذه الكلمات تذكر الطفل بفشله السابق، وربما يؤدي إلى إثارة السلوك نفسه الذي كانت تثيره من قبل وهو الفشل، وكذلك يؤدي-استخدامها-إلى الإقلال من الدوافع والنشاط الإيجابي. علاوة على ذلك فإن هذه التعليقات التي تأتي عادة بعد الحدوث العرضي للسلوك السلبي قد تمثل اهتماما بذلك السلوك يدعمه ويقويه، كما سبق وأن ذكرنا.

3- وننصح بالاستمرار في الحث اللفظي لتوجيه انتباه الطفل وضبط هذا الانتباه وجعله محصورا بالنشاطات المرغوب في أدائها.

4- على أن الحث اللفظي يجب أن يكون متسقا، خاصة إذا كان القائم بالتدريب أكثر من شخص واحد.

5- كما أنه يجب الاستمرار أيضا في تجاهل السلوك السلبي أو أنماط التعلم القديمة وتبنيه كفلسفة عامة.

وقد تبدو هذه التوجيهات بديهية وبسيطة، وهذا صحيح، ولكن بديهيتها وبساطتها تجعلها قوية الفعالية، لأن بالإمكان الاستمرار فيها، واستخدامها في تشجيع السلوك المكتسب على الاستمرار وتعميم هذا السلوك على مواقف، أي أوقات وأماكن جديدة وممتدة، أقرب إلى المواقف الحقيقية التي يتفاعل معها الطفل عادة.



شكل رقم (21): من المهم بعد تحقق بعض التغيرات الإيجابية في السلوك الشخصي والاجتماعي للطفل، أن تستمر في تدعيمه لأن ذلك سيؤدي إلى تقوية السلوك الجديد وزيادة انتشاره. ويحذر علماء العلاج السلوكي من تجاهل السلوك الإيجابي كالتعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية لأن تجاهل هذا السلوك الإيجابي يؤدي إلى انطفائه.

15 برنامج للتدريب على مقاومة التبول اللا إرادي وضبط المثانة

أ- نهارا:

عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث يصبح قادرا على ضبط مثانته، ويمكن أن يحافظ على نفسه من دون تبليل ملابسه ببوله. إلا أنه يحتاج بالطبع إلى التدريب. ويمكن إتمام هذا التدريب خلال أسبوعين أو ثلاثة، سنشرح فيما يلي برنامجا يحقق هذا الغرض:

1- قم بتصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول القادم:

2- علق الجدول في مكان بارز.

3- اشتر بعض الهدايا البسيطة، مستخدما جدول التدعيمات الموجود في هذا الكتاب، (جدول3) بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية. اشتر أيضا بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

4- اشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل «أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في

جدول المكافآت الرمزية

الاسم :   العمر :   التاريخ :

السبت	الأحد	الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن الطفل : . . . .

ملابسك، وأن تبقى جافا طوال اليوم. وفي كل مرة تذهب إلى الحمام، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول، وستحصل أيضا على هدية تحب أن تملكها أو تأكلها. ولنبدأ من الآن».

5- إذا ذهب فعلا إلى الحمام للتبول، امتدح ذلك لفظيا وعلق على ذلك بأن هذا جميل، وأنه الآن يستحق أن تلصق له نجمة (وقم بلصق النجمة في المكان المناسب.. واسأله ماذا يريد أن تكون هديته.. من قائمة الهدايا الموجودة لديك).

6- أعلن في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأنه نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة وأعد امتداح سلوكه وتعاونه.

7- في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه ضع نجمتين إضافيتين.

إذا رفض الطفل أن يذهب للحمام، لا ترغمه ولا تسخر منه، ولا تغضب، ولكن حثه لفظيا، واستمر في عملية التدعيم بالشكل السابق، وإذا لم يستجب للحث اللفظي لا تغضب ولا تؤنب بل أضف بعض الحث البدني بتربيت خفيف ولطيف.. وقل «هيا سآخذك إلى هناك». كافئ أي مظاهر دالة على الاستجابة الإيجابية كما في الخطوات السابقة.

في الأيام التي تمر دون أن يبلل نفسه، استمر في مضاعفة التدعيم بإضافة نجمتين، وامتدح هذا السلوك في نهاية اليوم علنا أمام بقية أفراد الأسرة. ثم اسأله كيف يريد أن تكون مكافأته من قائمة الهدايا الموجودة أو من هدايا خارجية يمكن شراؤها.

توقف تدريجيا عن موضوع الهدايا.. ولكن استمر في امتداح السلوك..

وإضافة النجوم إلى أن تتحول هي إلى مصدر للتدعيم الرئيسي.

في الأيام التي يبلل فيها الطفل نفسه، لا تغضب ولا تؤنب، بل كن هادئا واكتف بتعليق بسيط «لقد نسيت اليوم وبللت نفسك، دعني آخذك للحمام حتى أبين لك كيف تقوم بتنظيف ملابسك».

اطلب منه أن يخلع ملابسه المبتلة وأن يضعها في المكان المعد للغسيل.

ب- التبول الليلي:

ويستخدم البرنامج التالي في حالة التبول اللا إرادي أثناء النوم. وهو يتميز كسابقه بالبساطة. وربما يحقق النتيجة المرجوة في فترة قصيرة. وإذا لم ينجح فإن من الممكن استشارة أحد المتخصصين للبحث عن طريقة أخرى.

يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ويحتاج إلى المواد نفسها بما فيها جدول المكافآت والنجوم اللاصقة، والهدايا والمدعمات المحسوسة. تشرح الأم-أو الأب-للطفل أو الطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل: «واضح أنك الآن كبرت وبدأت تنمو وتنضج.. واعتقد أنك تريد أن نساعدك على أن تتوقف عن عملية التبول أثناء الليل.. فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك. وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت.. ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التي تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة (قائمة المدعمات)». والآن إذا مرت هذه الليلة دون أن تبلل نفسك فستحصل على مكافأتك فورا.. وستحصل على نجمة ذهبية في هذا الجدول المعلق هنا.

قدم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا نجح الطفل في الحفاظ على عدم تبوله.

ويمكن تقديم المدعم فورا ويوميا في الأسبوع الأول، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث.. إلى أن يتوقف المدعم المحسوس. لكن استمر لفترة طويلة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل.

امتدح السلوك أمام أفراد الأسرة كل مرة ينجح فيها. وإذا فشل الطفل في يوم من الأيام، لا تقم بتأنيبه أو نقده، بل دعه يضع الملابس والأغطية

المبللة في المكان المعد للغسيل.

تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر.

استمر في تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في المحافظة على نفسه أثناء الليل دون بلل لعدة أسابيع..

هوامش الباب الثالث

الفصل الحادي عشر

(1) Base line

الباب الرابع
نماذج من حالات العلاج السلوكي للطفل

مقدمة الباب الرابع

«أخبرني سأنسى أرني فقد أتذكر
ولكن أشركني في الموضوع فسأعي وأفهم»

مثل صيني

يتكون هذا الباب من أحد عشر فصلا، يمثل كل فصل منها دراسة منفصلة لحالات مرضية نموذجية مستقلة منها الاكتئاب، والخجل، والذعر، والتخلف الدراسي والعقلي، والسلوك التدميري.. إلخ. ويختتم هذا الباب بفصل عن العلاج السلوكي بالتعليم الملطف لطفل عانى صعوبات واضطرابات متعددة المصادر. ويبدأ كل فصل منها بشرح لطبيعة كل مشكلة وحدود تأثيرها في سلوك الطفل وعوامل ضبطها بشكل عام مع بعض النصائح والتوجيهات لضمان النجاح في العلاج وتعديل السلوك.

وقد راعينا في اختيارنا لهذه الحالات أن تمثل عينات متنوعة لاضطرابات سلوكية بعضها يمثل نماذج لحالات من البيئة العربية والبعض الآخر لعينات واردة من الغرب أشرنا إلى مصادرها في الموقع الملائم. كذلك راعينا في الطرق التي استخدمت في العلاج أن تمثل قطاعا متنوعا من الأساليب المرتبطة بالنظريات الأربع الرئيسية في التعلم والعلاج السلوكي. ومن ثم سيجد القارئ أمثلة للتدعيم وتعديل أخطاء التفكير والتعليم الملطف وتدريب المهارات الاجتماعية فضلا عن أساليب تشريط السلوك.

١٦ الطفلة التي عانت الصعوبات الدراسية وتشتت الانتباه

««عالية»» طفلة تبلغ من العمر ست سنوات. رأيناها لأول مرة وكانت في سبيل أن تلتحق بالصف الأول الابتدائي. وكان هناك اهتمام واضح من قبل أسرتها لمعرفة ما إذا كان بإمكانها مسايرة زميلاتها في الدراسة بسبب صعوبات في تعلم القراءة والكتابة وتآذر العضلات الرقيقة، والتشتت السريع والعجز عن التركيز.

عندما رأينا «عالية» في المرة الأولى كان من الواضح أنها على قدر كبير من الإيجابية والنشاط، ولم تبدر منها أي دلائل مرضية خطيرة. فهي تستجيب للأسئلة بطريقة ملائمة، وتعرف ما حولها جيدا، ولم يكن هناك ما يدل على وجود مخاوف أو مشكلات «انفعالية» أو سلوكية خاصة. بل كانت هناك على العكس علامات تدل على تفوقها في عمليات التفاعل الاجتماعي مما أضفى عليها جاذبية خاصة. إلا أنه بدر منها بعض العلامات الدالة على التشتت السريع في الانتباه والتبرم من بعض أنواع النشاط التي تحتاج إلى استغراق وانتباه للتفاصيل الدقيقة.

الاختبارات التي طبقت على «عالية:»

١- اختبار «كولومبيا» للنضج العقلي لتقدير مستوى الذكاء.

2- اختبار تذكر الأشكال لقياس القدرة على التذكر.

3- اختبار «فاينلاند» للنضج والذكاء الاجتماعي.

4- اختبار «بندر جشتالت» للمساندة لاستبعاد دور العوامل العضوية في الصعوبات التي تعانيها الطفلة.

وبناء على نتائج اختبارات الذكاء والنضج العقلي وما تجمع لدينا من ملاحظات وجدنا أن «عالية» من ناحية التفكير والذكاء تقع في فئة عادية في بعض الاختبارات (اختبار كولومبيا) وفي فئة أعلى من المتوسط في البعض الآخر (كاختبار الذكاء الاجتماعي فاينلاند)، إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباها، وتركيزا دقيقا على التفاصيل والتذكر القريب. وتوحي هذه النتائج في عمومها بأن مشكلة «عالية» لا ترجع بأي حال من الأحوال إلى تخلف أو تعويق عقلي، بل ترجع إلى صعوبات في التعليم Learning Disabilities ولهذا سنركز-في بقية هذا التقرير-على طبيعة هذه الصعوبات وعلى إعطاء بعض التوجيهات المحددة التي كانت لها فائدتها القصوى في تطور الخطة العلاجية.

جوانب القوة:

١- نضج اجتماعي واضح.

2- الميل للمبادرة والقيادة.

3- الخلو من التشخيص السيكياتري (فهي ليست عصابية أو ذهانية كما أنها ليست متخلفة).

4- النشأة في أسرة ذات مستوى ثقافي وتعليمي مرتفع وتشجع النجاح الأكاديمي والمهني.

5- اهتمام واضح من قبل الأسرة، ووجود دافع قوي لدى الأم بشكل خاص لمتابعة التعليمات ومسايرة خطة التدريب بحكم عملها مدرسة.

المشكلات التي تحتاج إلى المتابعة والتدريب:

تتركز المشكلات الرئيسية في صعوبات التعلم، خاصة في النشاطات

ذات الطابع الأكاديمي أو الدراسي. ونعتقد أن أكبر صعوبتين عانتهما «عالية» وقت العلاج كانتا:

١- التشتت السريع وضعف الانتباه للنشاطات التي تحتاج إلى فترة طويلة من التركيز. فهي لا تكمل ما تبدأه، ولا تهتم أحيانا بالتعليمات، وتتجنب أو تتحايل حتى تبتعد عن أداء الأعمال، خاصة إذا كانت قريبة من موضوعات دراسية أو ما يماثلها من الأعمال التي تتطلب انتباها طويل المدى. ويبدو لنا أن السبب في ذلك يرجع إلى القلق أو الخوف من الفشل ربما بسبب التركيز على هذا الجانب. فخوفها من أداء العمل بصورة ناجحة (أو كاملة) يدفعها إلى تجنب التعامل مع العمل الأصلي أساسا خوفا من التوتر النفسي الذي قد يثور. وعموما فإن هذا الجزء من المشكلة سنضعه تحت فئة ما يسمى بصعوبات الانتباه[١]

2- كذلك لاحظنا أن هناك جانبا آخر من شخصية «عالية» يستحق الاهتمام وهو وجود صعوبة واضحة في تحمل الإحباط. صحيح أن هذا الجانب لا يتعلق مباشرة بالنشاط الدراسي أو الأكاديمي، إلا أنه يخلق ظروفا من شأنها أن تعوق النمو في هذه النشاطات. فنتيجة لهذه السمة فإن «عالية» كثيرا ما تنتقل بسرعة من موضوع لآخر، وتندفع لإعطاء إجابات قبل أن تعطيها حظها من التفكير.

الخطة العلاجية

للتغلب على الصعوبات السابقة ولإعانة «عالية» على النمو الدراسي دون خلق مصاعب «انفعالية»، ركزنا توجيهاتنا على ثلاثة جوانب:

أ- جو التعلم والتدريس.

ب- زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي.

جـ- زيادة قدرتها على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعوبات، وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة.

أ- الجو التعليمي

حيث إنه من الضروري مساعدة «عالية» بشكل عام على تنظيم وقتها والاستفادة بقدر الإمكان من الوقت المتاح للدراسة فإننا قمنا بتنفيذ الخطة التالية:

ا- عمل جدول لها بعد العودة من الدراسة مباشرة بحيث يحدد هذا الجدول وقتا لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتا للعب، ووقتا لمساعدة الأم (أو غيرها) في بعض النشاطات المنزلية. ونصحنا بأن يبدأ الجدول بعد الانتهاء مباشرة من تناول طعامها إثر عودتها للمنزل وأن تكون أولى فقراته (لمدة ساعة مثلا): الانتهاء من الواجب والإعداد للدرس القادم في اليوم التالي من الدراسة. وبعد انتهاء هذا الوقت تشجع «عالية» على اللعب والحركة لساعة أخرى مثلا. على ألا يتم أثناء ذلك التعرض بالمرة لموضوعات الدراسة. ويمكن بالطبع تحديد وقت للتليفزيون، ولو أننا نصحنا بالتركيز على النشاطات الحركية التي تتطلب جريا أو سباحة أو حركة. ويمكن الاستعانة بالأم (أو غيرها) في هذا التطبيق.

2- التجاهل الكامل للأشياء السلبية، وقد بينا للأبوين أن هذا لا يعني تجاهل الطفلة كشخص، ولكن المقصود هو تجاهل التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديها.

3- أكدنا على الأبوين أنه يجب عليهما تقديم التشجيع الإيجابي للإنجاز ولمظاهر السلوك الدال على العمل والنشاط كما يتمثل في الاستجابة للتعليمات بدقة، والانتهاء من النشاط أو العمل المحدد، مع تجاهل حثهما على كل السلبيات الأخرى التي قد تحدث بين الحين والآخر.

4- ركزنا على إنجاز وحل مشكلة واحدة أو اثنتين فقط في كل مرة، ونظرا لأن المشكلة الأساسية للطفلة هي مشكلة القراءة وصعوبة التعرف على الحروف أو الكلمات أو الجمل، فإن من الواجب التركيز في كل مرة على تعريفها بحرف واحد أو حرفين كتابة وقراءة مع مكافأتها على ذلك، ثم الانتقال بعد ذلك تدريجيا إلى موضوعات أخرى خلاله الجلسة.

5- يجب أن يكون المكان المعد للعمل خاليا من كل المشتتات، فيرتب الجلوس بحيث يكون إلى طاولة، لا يوجد عليها إلا الورقة والقلم والكتب، في مواجهة الحائط، في أحد أركان الحجرة. كما يفترض أيضا ألا تكون هناك مشتتات صوتية في المنزل(مثلا صوت تليفزيون أو راديو) في ذلك الوقت.

6- وبما أن «عالية» تحب أن تكون محاطة بالآخرين، فقد اقترحنا أن يتم العمل مع «عالية» بشكل ثنائي إما مع الأم أو الأب، ويساعدها العمل

بهذا الشكل على التقاط جوانب التشجيع ومساعدتها على تنظيم الذهن، كما أنه يخلق أمامها فرصا للتفاعل والاهتمام من قبل الأسرة.

7- أكدنا أن من المفروض ألا ينتهي وقت الدراسة بمسألة صعبة أو معقدة، إذ يجب إعطاؤها دائما شيئا تستطيع النجاح فيه في نهاية كل فترة حتى لا نخلق إحباطا أو فشلا. كذلك طلبنا من الأبوين تجنب الغضب عندما يبدو أنها تعاني صعوبة تكرار أو أداء عمل مهما بدا بسيطا لهما. بل نصحنا في هذه الحالة بأخذ ثلاث أو خمس دقائق راحة لكلا الطرفين نبدأ بعدها بروح من الحماسة والتشجيع.

8- بينا للأبوين أن من المستحسن تجزيء وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتها-بنجمة مثلا- على أداء هذه الأعمال البسيطة.

9- أكدنا كذلك على جعل عملية التعلم شيقة ومصدرا للمتعة.

10- كما أكدنا ضرورة امتداح العمل من حيث جودته والوقت الذي قضي فيه سواء نجحت الطفلة أم لم تنجح.

ب- زيادة التركيز والانتباه للتفاصيل

طلبنا من الأبوين ضرورة توفير المواد الآتية:

1- أدوات مدرسية، كراسات، أقلام تلوين، أوراق ملونة، أستيكة، مسطرة،. . الخ.

2- كتب بسيطة لتعليم القراءة والتعرف على الحروف والكلمات.

3- نجوم لاصقة بألوان مختلفة.

4- كراسة مكافآت.

5- مقص وألوان مائية، وصلصال.

6- مكافآت صغيرة مخبأة في مكان لا تصل إليه الطفلة.. مثلا قطع شوكولاته، أو أي ملبوسات أو مأكولات تحبها «عالية».. (يمكن الاستعانة في ذلك بقائمة التدعيمات في الجدول رقم 11).

7- عداد أرقام أو سبورة.

ولزيادة الرغبة في التركيز والانتباه صممنا التدريبات التالية:

التدريب الأول: الاطلاع على كل الحروف الأبجدية لمعرفة الحروف التي تعرفها والحروف التي لا تعرفها:

- أعط الطفلة قائمة من الكلمات البسيطة تشمل في البداية الكلمات التي تتكون من حرفين (مثلا-أب-أم، أخ، ند-إلخ).

- اطلب منها أن تتعرف على كل حرف، وإذا تعرفت على أي حرف فالصق لها «نجمة» في كراسة خاصة بالمكافآت. أما إذا لم تتعرف على الحرف فتجاهل ذلك وانطق أمامها الحروف واطلب منها أن تكررها، وإذا كررتها فالصق لها نجمة، وبين لها أن كل نجمة تحصل عليها ستكون لها قيمة فيما بعد لأنها ستحول لشيء تحبه أو لمكافأة.

ثم انتقل بعد ذلك لقوائم كلمات من ثلاثة حروف أو أربعة، واستخدم أسلوب النجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثاني: لزيادة الانتباه:

وصف الصور: اجمع مجموعة من الصور المتباينة من الكتب أو المجلات واطلب من الطفلة أن تصف كل ما ترى في هذه الصور، وكافئها على كل تفصيل أو شيء تذكره الطفلة بنجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثالث: وصف التفاصيل من الذاكرة:

اعرض صورة أمام الطفلة لمدة 15 ثوان ثم خبئها، واطلب منها أن تذكر ماذا رأت في الصورة. أعط لها «نجمة» لكل تفصيل تذكره من الذاكرة. اعرض الصورة من جديد واطلب منها أن تصف ما تراه في الصورة وهكذا. أعط لها نجمة لكل تفصيل تذكره. إلا أنه يجب أن تكون قيمة هذه النجمة أقل من النجمة التي حصلت عليها مقابل التفاصيل التي ذكرتها من الذاكرة، ومن ثم فإنه يجب أن يكون لون النجمة مختلفا عن النجمة في الحالة الأولى.

التدريب الرابع: التصنيف:

اطلب من الطفلة أن تجمع في كراسة مستقلة كل الصور التي تنضوي تحت موضوعات معينة.. فمثلا: حيوانات أو طيور أو أناس أو مشاهد طبيعية. قسم الكراسة لها بحيث تخصص عددا من الصفحات لكل فئة من هذه الفئات. ثم اطلب منها أن تقص صورا وأن تضعها تحت كل فئة وتلصقها بالصمغ أو ورق اللصاق في المكان المناسب من الكراسة. أعط نجمة أو

نجمتين لكل شيء تنجح في قصه أو لصقه في المكان المناسب.

التدريب الخامس: تجميع الصور المتقطعة:

أعطها صورا متقطعة في شكل مكعبات منفصلة عن بعضها، واطلب منها تجميعها، وكافئها على الوقت الذي قضته في حل وتجميع هذه الأشياء، وليس على الدقة، بإعطائها نجمة لكل دقيقة تستغرقها في أداء هذا النشاط ونجمة للأشياء أو القطع الموضوعة في مكانها الصحيح.

التدريب السادس: كشف أوجه الشبه والاختلاف في مجموعة من الكلمات:

ولد.. دلو-مثلا.. كافئ وشجع ولكن تجاهل الخطأ.

التدريب السابع: التعرف على الحروف في النص:

اطلب من الطفلة مثلا أن تضع دائرة حوله حرف الألف أو الباء أو أي حرف آخر في نص مكتوب، وكافئها بنجمة على كل دائرة صحيحة. ركز في كل درس على خمسة حروف أو أقل. وافصل ما بين الحروف المتشابهة. فلا تجمع بين حرف «ج» و«خ» أو «ق» و «ف» في درس واحد، بل من الأفضل أن تجمع بين «ج» مع «أ» أو «ر»، وذلك تجنبا للخلط بين الحروف وعدم التبلور الجيد للحرف والتداخل.

التدريب الثامن: التعرف على كلمات:

اكتب لها مثلا كلمة «أب» واطلب منها أن تضع دائرة حول كلمة «أب» في نص مكتوب، وكافئ كل دائرة في مكانها الصحيح بنجمة.

التدريب التاسع: نسخ الحروف بالأصابع:

اطلب منها أن تكتب حرف الألف بأصابعها وليس بالقلم بغمس أصابعها في ألوان. كافئ الدقة. امسك بأصابعها بين يديك وساعدها على رسم الحرف أو الكلمة الصحيحة. ارسم أمامها الحروف بنفسك واطلب منها ملاحظتك وأنت تفعل ذلك إلى أن تتمكن من عمل الشيء نفسه بنفسها، وأعطها نجمة وكلمات تشجيع لذلك.

إن التكرار وإعطاءها الوقت الكافي لإنجاز العمل مهمان للغاية، فهذا يحول الدراسة إلى موضوع شيق للعب وليس واجبا ثقيلا.

التدريب العاشر: الانتقال للقلم بعد الأصابع ولكن من خلال عملية الشف:

اطلب منها أن تشف الحروف بالقلم وكافئ وشجع جهدها هذا باستخدام كراسة المدعمات.

التدريب الحادي عشر: زيادة الانتباه لكلمات مسموعة:

يمكن أن تستخدم لذلك شريط كاسيت[2] يتضمن لمجموعة من الكلمات. اطلب منها أن تسمع ثم أن تعيد بعض الكلمات التي سمعتها. كافئ كل كلمة بنجمة أو بالتشجيع أو بالتربيت أو لفظيا بالشكر. كرر هذا التمرين إلى أن تنجح في رواية قصة سمعتها من التسجيل. ويمكن لهذا الغرض تسجيل قصص بسيطة تقرأها من كتاب مثلا ثم تطلب منها أن تحكي هذه القصص.

التدريب الثاني عشر: زيادة الانتباه للأشياء الملموسة:

اطلب من الطفلة أن تخبئ وجهها، واكتب الكلمات التي تعرفها بأصابع يديك على ظهرها أو على ذراعها، واطلب منها أن تقول لك ما هذا الحرف. كافئها في كل مرة تنجح في ذلك.

التدريب الثالث عشر: تحليل وتحويل الكلمات إلى حروف:

اطلب منها أن تحصي عدد الحروف في كل كلمة من قائمة كلمات وأن تكتب كل حرف مستقلا.

التدريب الرابع عشر: كرر التمرين السابق مسجلا لتشجيع عملية الانتباه عند الإصغاء.

يمكن أن تكون عملية المكافأة بطريق النجوم أو التدعيم اللفظي، ويمكن إشراك أخيها الأصغر عارف في عملية التدعيم حتى يكون للتدعيم تأثير قوي. كذلك يمكن القيام بهذه التدريبات نفسها معه حتى يقوم بمعاونتها مستقبلا، وحتى لا يشعر بأنها هي الموضوع الرئيسي للانتباه.

التدريب الخامس عشر: الجري:

هناك دلائل قوية على أن الجري يساعد على زيادة النشاط الذهني والانتباه. ولهذا ننصح بالجري وإدماجه في نشاطها اليومي بمكافأتها على كل دقيقة تجري فيها تحت إشراف الأسرة سواء داخل المنزل أو خارجه.

جـ- زيادة القدرة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعوبات

هناك أدلة واضحة على أن «عالية» عندما تواجه موقفا صعبا أو محبطا،

فإنها بسبب القلق، تتجه إما إلى الاندفاع الشديد بإعطاء حلول غير ناضجة أو أنها تعمد إلى الانسحاب تماما متجنبة بذلك القيام بأي محاولة على الإطلاق. وهذا الأسلوب لا يساعدها على تحمل المسائل الدراسية الصعبة. إذ إنها لا تعطيها حقها من الانتباه والتركيز، ويحرمها هذا بالطبع من استغلال إمكاناتها الكثيرة بصورة إيجابية. لهذا ننصح بأن تتضمن خطة العلاج التوجيه والتركيز على بناء بعض العادات الطيبة التي تمكنها من تحمل التوتر وعدم التشتت عندما تكون المواقف صعبة أو عسيرة. ولهذا يجب أن نشجع «عالية» على ما يأتي:

1- لا تبدأ أي نشاط مع «عالية» إلا بتخطيط مسبق. بمعنى أنه يجب تهيئتها مسبقا من خلال جدولة العمل في الوقت المناسب. كما أنه يجب ألا يكون الشخص الذي يعلمها أو يجلس معها (الأب أو الأم أو المعلمة) مرهقا أو مشغولا بشيء اخر مما يجعله هو شخصيا نافد الصبر مثلا.

2- التعليم في صمت: عند الاندماج مع «عالية» في نشاط دراسي لنتجنب التدعيم القوي وكلمات التشجيع الكثيرة إلا إذا كان ذلك مرتبطا بالنجاح في أداء مهمة معينة، لأن التوقف المؤقت عن هذا التشجيع وهذه التعليقات يجعلها تشعر بالإحباط سريعا وربما تعتقد أنها على خطأ فتزداد درجة القلق لديها.

3- يجب أن يمتلئ جدولها اليومي بنشاطات دراسية وغير دراسية من النوع الذي ينتهي بها دائما إلى النجاح في أدائها: يعني مثلا غسل طبق، تنظيف طاولة، ترتيب درج المكتب، تنسيق أوراق لوالدها أو لوالدتها (استعن بجدول النشاطات).

4- يجب إعطاؤها وقتا خاصا، نصف ساعة يوميا مثلا، بمفردها مع الأب أو الأم، ويجب أن يكون ذلك في غير أوقات جدول الدراسة، وتترك لها الحرية في شغل هذا الوقت مع أحد الوالدين، ويجب عدم التعرض لموضوعات الدراسة بالمرة خلال هذا الوقت الخاص بها (ويمكن تخصيص الوقت نفسه أيضا لأخيها عارف).

5- إذا بدأت عملا فيجب تشجيعها على إنهائه ولو كان صعبا، لأن الأمور المعلقة تثير القلق، والأمور التي ننجزها في وقتها تثير الشعور بالفخر والثقة بالنفس.

6- يجب تعليمها أن تخطط وتشارك في التخطيط في جدولها اليومي بحيث يتضمن وقتا للانتهاء من الأعمال الدراسية والواجبات المنزلية، ووقتا للعب، ووقتا للأعمال المنزلية الخاصة بها.

7- أعط فترات راحة، بحيث يطلب منها كل 20 دقيقة من العمل أن تتوقف لمدة خمس دقائق للراحة.

8- عندما تكمل واجبها المنزلي اطلب منها أن تريكم إياه، وشجع الجدية في أداء العمل وليس التفوق. أي أن التركيز يكون على أسلوب العمل والجدية ومجاهدة النفس وليس على الدرجات.

9- ينبغي تجنب مقارنتها بأي من الإخوة أو الزميلات.

10- كن على اتصال بهيئة تدريسها ومدرسيها ومشاركتهم هذه الخطة.

التقدم:

أشارت التقارير التليفونية والشخصية المتجمعة من الوالدين إلى وجود مزيد من التقدم الأكاديمي والشخصي. وكان من نتيجة ذلك أن الأسرة قررت إلحاقها بالصف الأول بعد أن كان هناك تردد واضح في ذلك من والديها، حيث كانت النية متجهة إلى تأجيل دخولها المدرسة الابتدائية. فضلا عن هذا، فقد حدث تقدم انفعالي واجتماعي واضح، إذ تزايد الوقت الذي تمنحه إياها الأم، كما بدأ الأب يعطيها وقتا إضافيا للتدريس والتسامر بالرغم من مشاغله المتعددة. وبالرغم من أن الطفلة ظهر لديها بين الحين والآخر صعوبات مرتبطة بضعف الدوافع الدراسية، والتشتت، فإن تذكير أفراد الأسرة بالاستمرار في الخطوط العامة للخطة كان دائما يؤدي إلى نتائج وتصحيحات فورية وسريعة. وهي الآن في الصف الثالث.

17 حالة الطفل المكتئب «الانتحاري»

لفترة قريبة كان يعتقد أن الاكتئاب اضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بتقدم العمر. ولكن هناك اتفاقا الآن على أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين. وعادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال في شكل مشاعر بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية. ويرتبط الاكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى مثل الشكاوى العضوية والغضب وتدني المستوى الأكاديمي. والطفل الذي يعاني الاكتئاب عادة ما يجد صعوبة في التركيز والانتباه، ويتملكه التشاؤم واليأس. ويسجل المرشد النفسي الطبي الأمريكي (DSM-3- R) عددا من الأعراض ترتبط بالاكتئاب منها: الأرق، التعب السريع، انخفاض مستوى الطاقة، انخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط المدرسي والمنزلي، ضعف التذكر، انخفاض مستوى الانتباه والتركيز، فضلا عن ظهور مشاعر الانسحاب الاجتماعي والتقوقع. وتوضح الحالة التالية محاولة لعلاج الاكتئاب عند طفل في العاشرة من عمره من خلال تشكيل مهاراته

الاجتماعية بما في ذلك القدرة على الاحتكاك البصري والمرونة الحركية والحوار، (From: Matson, Sons, Fialkov, & Kazdin,1982).

بيانات عامة

كان الطفل في العاشرة من عمره، وكان يعاني اكتئابا حادا، أدى إلى حجزه في المستشفى بسبب محاولته الانتحار. وقد كان الطفل ذا ذكاء متوسط، وذا تاريخ تميز بنوبات من الغضب والعنف وتدهور مستوى الأداء المدرسي. وبتطبيق المقاييس النفسية، حصل على درجات تضعه-من الناحية الإكلينيكية-في فئة الاكتئاب. وأشارت تقارير العاملين بالمستشفى والمشرفين عليه في العنبر العلاجي إلى أن تفاعلاته الاجتماعية وقدراته على التواصل مع الآخرين تتسم بالعجز، بما في ذلك صعوبة تبادل النظر مع الآخرين، والحديث بنبرات صوت مترددة، وخافتة، والإجابات الموجزة والمبتورة. أما تعبيرات الوجه فقد اتسمت بالجمود والخلو من أي تعبيرات «انفعالية» قوية. كما أن لغته البدنية غير ملائمة، فقد كان يغطي وجهه بيده، ويشيح برأسه جانبا عندما كان هناك من يحاول أن يبادله الحديث.

العلاج

اعتمدت خطة العلاج على حث وتدريب الطفل على تنمية أنواع من السلوك معارضة للسلوك المرضي في المجالات الأربعة الآتية:

الأوضاع البدنية: وقد تضمن هذا الجانب التعديل من الأوضاع البدنية للطفل بحيث تكون ملائمة، أي أن تتسم بإظهار الاهتمام أو الرغبة في الحوارات المثارة معه. ولهذا، فقد كان من المطلوب أن يكف الطفل عن الأوضاع البدنية غير الملائمة، مثل تغطية وجهه بيده، أو الإشاحة برأسه بعيدا عن المعالج أو المتكلمين معه.

تبادل النظر والاحتكاك البصري: تطلب تحقيق هذا الهدف تشجيع الطفل على تبادل النظر والاستمرار في الاحتكاك البصري مع الذين يتحدثون معه.

نبرات الصوت ونوعية الكلام: تضمن هذا الجانب تدريب الطفل على نطق كل الكلمات بصوت عال وواضح النبرات، والإجابة عن كل الأسئلة

التي توجه له بحيث تشتمل إجاباته على أكثر من كلمة، أي لا تكون موجزة ومبتورة.

الوجدان أو المشاعر الملائمة التي حاول المعالجون تنميتها لدى هذا الطفل: اشتملت هذه على تلوين انفعالاته أثناء الكلام أو الحوار من حيث الصوت، والإشارات، وإيماءات الرأس والوجه.

إجراءات العلاج

استغرقت جلسات العلاج وتدريب المهارات الاجتماعية السابق ذكرها عشرين جلسة لمدة 20 دقيقة لكل منها. وفي كل جلسة منها كان المعالج يطلب من الطفل أن يقوم بأداء أو محاكاة الجوانب المرغوبة فيها من السلوك الجديد. فضلا عن هذا، كان المعالج يتبادل مع الطفل أنواعا من الحوار أعدها خصيصا لهذا الغرض لكي تلائم متطلبات وأهداف العلاج. كما شجع الطفل على أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتاج إلى تدريبات حركية للجسم بما فيها استخدام الإشارات والاحتكاك البصري، وخلال ذلك كان على المعالج أن يعطي الطفل عائدا أمينا عن أدائه ويشجعه على تصحيح استجاباته الخاطئة خاصة فيما يتعلق بالاحتكاك البصري واللغة البدنية الملائمة.

النتائج والمتابعة

وفي نهاية كل جلسة، كان المعالج يمد الطفل بالتشجيع وبعض التدعيمات الملموسة (كالحلوى، والمشروبات)، لتعاونه على تنفيذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة.

أدى تدريب المهارات الاجتماعية إلى تحسن وتفوق في المهارات الأربع السابقة، وقد استمر تحسن الطفل لمدة 12 أسبوعا وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها.

وبهذا بين العلاج الناجح لهذه الحالة أن بالإمكان تدريب المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين ومعالجة أوجه القصور في السلوك الاجتماعي لديهم، هذا القصور الذي يعتبر أحد العناصر الرئيسية في وصف السلوك المتسم بالاكتئاب.

18 حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

نقدم هذه الحالة للقارئ لاطلاعه على أحد الأساليب السلوكية التي يمكن تطبيقها بديلا للعقاب، والتي أمكن توظيفها بنجاح بهدف إيقاف مجموعة من الأطفال عن استخدام الألفاظ النابية والشتائم القبيحة. وإن كانت الخطة العلاجية في هذه الدراسة قد استخدمت مع مجموعة من الأطفال الذين تشابه سلوكهم، إلا أن بالإمكان تطبيق هذه الخطة في الحالات الفردية التي تعاني المشكلة نفسها. ثم إن نجاح الخطة في هذه الدراسة مع مجموعة تعاني اضطرابا حادا في السلوك يوحي بأن استخدامها مع مجموعات أقل اضطرابا سيكون أكثر يسرا.

والمقصود باللغة النابية-كما استخدمها المعالجون في هذه الدراسة (Epstein, Rupp, & Cullinom, 1978)- الميل الذي يبديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي، أو التي تشير إلى استخدام عضو من أعضاء الجنس أو الإخراج من أجل التقبيح من شخص آخر في مواقف التفاعل.

وقد تكونت مجموعة هذه الدراسة من ستة

أطفال من ذوي الاضطراب السلوكي في أحد فصول التعليم الخاص ممن كانوا موضوعا للشكوى من قبل معلميهم وزملائهم ومشرفيهم بسبب ميلهم إلى استخدام الألفاظ الجارحة بوفرة.

أما الطريقة التي استخدمت لتعديل هذا السلوك فقد اعتمدت أسلوب التدعيم الفارق للانخفاض في سلوك الشتم[1].

وقد هدفت الخطة إلى التوقف التدريجي عن السباب اليومي حتى يختفي تماما. ومن ثم فإن الطفل الذي يمر اليوم الدراسي كله عليه من دون أن يستخدم لفظا نابيا كان يحصل على عشرين نجمة يمكنه استبدالها في نهاية اليوم بمدعمات ملموسة أو نشاطات مرغوب فيها(لعب-حلوى-نزهة-تذكرة لمشاهدة فيلم سينمائي). وبالطبع فقد كان على الطفل لكي يصل إلى هذه النتيجة أن يمر بمراحل سابقة، كانت فيها الفترات الخالية من السباب تتزايد تدريجيا.. وقد تتخللها مرات قليلة من السباب خلال اليوم الدراسي. ثم بسبب الزيادة التدريجية لهذه الفترات تقلص السباب تدريجيا إلى أن اختفى تماما. وقد كان المعالج خلال مراحل الخطة يسجل على لوحة ظاهرة أي لفظ قبيح يستخدمه أحد الأطفال وذلك دون تعليق أو تأنيب لقائله.

النتائج

بعد 28 يوما، أي قبل الموعد المحدد لانتهاء الخطة بخمسة أيام، توقف جميع الطلاب عن استخدام الألفاظ النابية. واستمر هذا التوقف حتى نهاية العام الدراسي. وهو ما يوحي بأن استخدام التدعيم الإيجابي عندما يتوقف الطفل تدريجيا عن السلوك المستهجن كان ذا نتائج فعالة وإيجابية في إيقاف الشتائم والألفاظ النابية، وأن من الممكن استخدامه كبديل من العقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثير من الإزعاج لكثير من الأسر ورجال التربية في المدرسة.

١٩ إيقاع الأذى بالنفس (حالة الطفل ذي الحكة الدامية)

إيقاع الأذى بالنفس أو سلوك التدمير-الذاتي من الاضطرابات السلوكية التي تشيع لدى بعض الأطفال وتسبب إزعاجا واضحا نتيجة لمخاطرها الصحية على الطفل. وهي تأخذ أشكالا مختلفة منها: نتف شعر الرأس والحاجب، خبط الرأس على الأرض أو الحائط، استخدام أدوات حادة أو مدية بهدف إيذاء النفس، أو حك الجلد إلى أن يدمى.

وتمثل الحالة التالية نموذجا سلوكيا للتغلب على إحدى هذه المشكلات. ويمكن استخدام هذا النموذج للتحكم في مظاهر سلوك التدمير-الذاتي المماثلة:

بيانات عامة

كان الطفل في الثامنة من العمر عندما تم تحويله لعيادة العلاج السلوكي من أحد أقسام الأمراض الجلدية. وقد بين التقرير عند التحويل أن هذا الطفل بدأ منذ ثلاث سنوات يحك جلده

إلى أن يدمى. وبالرغم من أن الحكة قد بدأت نتيجة لمشكلة جلدية سابقة، فإنها استمرت حتى بعد أن أمكن علاج هذه المشكلة طبيا. وقد أدى هذا السلوك إلى تكون البثور والدمامل على جلد الطفل، وأثار ذلك مخاوف أطبائه وأسرته من أن تتطور الحالة إلى مستوى يصعب التحكم فيه.

وقد اعتمد المعالجان السلوكيان (Carr & Mcdowell 1980,) اللذان قاما بعلاج هذه الحالة مبدأ التدعيم الاجتماعي بالطريقة التالية:

العلاج

يتكون علاج الحكة الدامية لدى الطفل من ثلاث مراحل. في المرحلة الأولى تم فحص الظروف المحيطة لتحديد المواقف السابقة أو المرتبطة ببدء الحك. وركز العلاج في المرحلة الثانية على إيقاف التدعيم الاجتماعي والانتباه الذي يحصل عليه الطفل نتيجة سلوكه التدميري. أما المرحلة الثالثة فقد اعتمدت استخدام أسلوب الإبعاد المؤقت عندما يبدأ الحك، مع التدعيم الاجتماعي عندما تقل البثور والعلامات الدامية على الجلد.

وقد بينت المرحلتان الأولى والثانية أن السلوك التدميري (الخربشة والحك الدامي) كان يحدث بشكل مكثف عندما كان الطفل يلعب، أو يشاهد التليفزيون، أو أثناء اللقاءات الأسرية عندما كانت الأسرة تلتقي فيما بينها لمناقشة أي أمر من الأمور. إضافة لهذا، فقد تبين أن السلوك التدميري كان يلقى اهتماما واضحا من الأسرة، فقد كان الوالدان يطلبان من الطفل أن يتوقف عن ذلك ويضربانه، وأحيانا يقبضون على يده حتى لا يستخدم أظافره في الحك.

إجراءات العلاج وتنفيذه

اتخذ تنفيذ الخطة العلاجية عددا من المحاور منها إبعاد الطفل وإرساله إلى مكان منزوٍ في المنزل لمدة 20 دقيقة كلما بدأ يحك جلده. فضلا عن ذلك، فقد كان على الطفل أن يختار مدعما اجتماعيا في بداية كل أسبوع. وقد تضمنت التدعيمات الاجتماعية الذهاب إلى حفل سينمائي أو زيارة متحف للأطفال، أو اللعب، أو شراء أجهزة.. إلخ. وقد ارتبط تقديم المدعم المرغوب فيه باختفاء بعض العلامات الدامية أو أحد البثور على جلده.

استغرقت الخطة العلاجية شهرين، بدأ السلوك التدميري خلالهما يتضاءل بشكل ملحوظ. لكن السلوك رجع إلى ما كان عليه عندما توقف الوالدان عن استخدام الخطة بعد انتهاء الشهرين. وعندئذ طلب منهما المعالج أن يستأنفا الخطة لأربعة شهور أخرى. وفي نهاية الشهور الأربعة، كان التحسن واضحا بالرغم من توقف استخدام الإبعاد المؤقت والتدعيم كليهما، فضلا عن أن جلد الطفل قد بدأ يتماثل للشفاء والصحة.

وتوحي نتائج دراسة هذه الحالة بأن التدمير-الذاتي قد يحدث نتيجة عوامل عضوية، لكن استمراره يكون مرهونا بالانتباه والتدعيم الاجتماعي، وغيرها من المكاسب الثانوية. ومن الواضح أن الانتباه لهذه العوامل والتحكم فيها بشكل علاجي يؤدي إلى تحسن واضح حتى ولو كان الاضطراب قد بدأ لأسباب عضوية.

20 حالة الطفل الخجول المنعزل

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة، وقلة الأصدقاء عند بعض الأطفال لدرجة تعوقهم عن التفاعل الاجتماعي السليم، وتحرمهم من فرص النمو والتعبير عن الذات. وبالرغم من أن هذا النوع من الأطفال عادة ما يكون حاد الذكاء، فإن أحكام الناس عليهم تضعهم في درجة أقل مما هم عليه، ويراهم زملاؤهم على أنهم أقل جاذبية ومهارة من الزملاء الآخرين الذين يتسمون بالانطلاق وبعض الجرأة في التعبير عن النفس.

والخجل الشديد والعزلة يستحقان في حد ذاتهما الجهود العلاجية خاصة عندما يصبحان مصدرا لإحباط الطفل والأسرة وشقائهما، فضلا عن أنهما سابقان أو مصاحبان لاضطرابات أخرى أشد خطرا، مما يوجب ضرورة الاهتمام العلاجي بهما. وتمثل الحالة التالية نموذجا لاستخدام تدريب المهارات الاجتماعية لدى طفل عربي عانى معاناة شديدة من الخجل لدرجة أعجزته عن التفاعل مع زملائه وأدت به إلى كراهية المدرسة.

بيانات عامة

قدم الطفل «ماجد» الذي يبلغ الرابعة عشرة

من عمره لعيادة العلاج النفسي الخارجية بأحد المستشفيات الجامعية مع والديه. وقد قام أحد الكتاب (ع. إبراهيم) بإجراء المقابلة الشخصية مع الوالدين ومع الطفل، وقام بوضع خطة لتدريب المهارات الاجتماعية للطفل على غرار ما هو مستخدم في مثل هذه الحالات وحسب التفاصيل التي سيأتي ذكرها.

الشكاوى الرئيسية

المشكلة الرئيسية للطفل، كما عبر عنها الوالدان، هي القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية والانطواء المرضي الشديد والخجل والعزلة وانعدام الأصدقاء والانفراد بالنفس لفترات طويلة بحجة الصلاة أو الاستماع إلى التسجيلات الدينية بحيث يقضي أغلب وقته في حجرته. وقد كانت علاقاته الاجتماعية حتى بالأقارب والجيران محدودة للغاية، واقتصرت على المجاملات الاجتماعية القصيرة، التي يبترها بسبب خجله الشديد.

وقد لاحظ المعالج بالفعل أن الطفل كان يتجنب الاحتكاك البصري، وقد كان يرد على الأسئلة الموجهة إليه بإجابات قصيرة (نعم، أو لا، أو لا أستطيع أن أحدد بالضبط).

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب حصل الطفل على درجات مرتفعة في كلا المقياسين. وهذا يشير إلى أن قلقه العصابي قد تفاقم إلى حد ربما كان السبب في ارتفاع درجاته على مقياس الاكتئاب بما في ذلك الإحساس باليأس والعجز. لكن عملياته المعرفية وقدراته على التفكير والاستيعاب والتذكر كانت-بحسب الملاحظات المسجلة والاختبارات المستخدمة-على مستوى لا بأس به. كذلك لم يكن هناك ما يشير إلى وجود اضطرابات إدراكية شاذة (هلاوس)، أو اضطرابات في اللغة والتفكير مما جعلنا نستبعد وجود اضطرابات ذهانية مصاحبة أو مسؤولة عن الحالة التي كان «ماجد» فيها. لهذا فقد شعرنا أن قصور المهارات الاجتماعية هو المصدر الرئيسي لتطور الأعراض المرضية لدى«ماجد».

الخطة العلاجية

تركزت الخطة العلاجية على زيادة قدرات «ماجد» على الحوار ومبادلة

الأحاديث الودية والعابرة. وقد تطلب تحقيق هذا الهدف تدريب «ماجد» على اكتساب أربع قدرات هي:

ا- إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتتابعة عن موضوع معين.

2- التعليق على ما يسمع مع تنويع هذا التعليق بحيث يشمل إما إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.

3- الاحتكاك البصري الملائم.

4- التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين وتنمية علاقاته بهم بصورة تتسم بالدفء والتقبل.

وقد تم تدريب كل قدرة من القدرات السابقة بشكل مستقل، واستغرق تدريبها معا خمسة عشر أسبوعا في عشرين جلسة علاجية استغرقت كل منها نحو 40 دقيقة في المتوسط.

الأساليب العلاجية

أما الأساليب التي استخدمت فقد تنوعت بحيث اشتملت على كثير من الفنيات السلوكية بما فيها:

ا- التدريب على الاسترخاء العضلي.

2- الاقتداء بالمعالج: الذي كان يقوم أحيانا بتمثيل السلوك الملائم، كالقدرة الملائمة على الاحتكاك البصري، أو التعبير عن الرأي في مناقشة أو مشادة تكون قد حدثت مع «ماجد».

3- لعب الأدوار: حيث كان المعالج يطلب منه أن يؤدي أو يقوم بتمثيل السلوك الملائم بعد الاتفاق على خطوطه العريضة.

4- واجبات منزلية خارج العيادة: كان يطلب من «ماجد» أن يقوم ببعض المجازفات الاجتماعية المحسوبة، بأن يبادر بعض الزملاء بالتحية، والدخول معهم في حوارات اجتماعية، وعمل اتصالات تليفونية.

5- التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة: كتدريبه على تجنب نقد النفس، وعلى الانتباه للحوارات الداخلية الانهزامية التي كان «ماجد» يرددها عند الدخول في احتكاكات اجتماعية مع الآخرين. ومن الأفكار التي ركزت عليها خطة العلاج والتعديل:

أ- التفوق والنجاح الأكاديمي لا يعني بالضرورة الانزواء وتجنب التفاعل الاجتماعي تماما مع الآخرين.

ب- التدين لا يعني التخلي عن السعادة الشخصية.

جـ- التطرف في الأحكام بديل غير ملائم للتعبير الحر عن الرأي وطريقة غير صحية لمواجهة القلق الذي يثور عند تعارض أفكارنا مع الآخرين.

وقد راعى المعالج أن تقتصر كل جلسة علاجية من جلسات العلاج على هدف واحد من الأهداف العلاجية، يقوم خلالها بعرض المشكلة، وما تم إنجازه من أجزاء منها في الجلسات السابقة، مع تحديد المطلوب عمله والتدريب عليه في المستقبل وتصحيح الأداء وابتكار بعض الواجبات المنزلية الملائمة.

فمثلا، إذا كان الهدف هو التدريب على إلقاء الأسئلة فقد كان الطفل يدرب في كل جلسة على تنمية أحد الجوانب المرتبطة بمهارة إلقاء الأسئلة. ومن ثم خصصنا جلسة للتدريب على إلقاء أسئلة مناسبة للموقف وليست الأسئلة نفسها التي دربه المعالج عليها، وجلسة مستقلة للتدريب على إلقاء أسئلة متلاحقة ومتماسكة حول موضوع معين بدلا من الأسئلة المتناثرة الموقفية.. وهكذا.

أما عن التقدم في العلاج، فقد كان التحسن واضحا في كل المهارات الأربع التي كانت موضوعا للتدريب. وبتتبع الطفل لمدة أربعة شهور بعد انتهاء الجلسات كان التقدم في هذه المهارات مستمرا. وبسؤال الوالدين كان هناك اتفاق على حدوث التحسن، فضلا عن التحسن في تكوين الأصدقاء وفي المرونة الاجتماعية.

وبالرغم من أن الوالدين استمرا يراجعان المعالج لأسباب سلوكية أخرى خاصة بطفلهما، فإن تقدمه في اكتساب المهارات الاجتماعية، ونمو قدراته على التفاعل الاجتماعي وصلا لدرجة من التحسن بحيث لم يكونا موضوعا بعد ذلك للعلاج أو لقلق الوالدين والطفل.

21 حالة الطفلة المذعورة

الخوف لدى الطفل يمثل فصلا رئيسيا من فصول أي كتاب عن الاضطراب الانفعالي والعلاج النفسي للأطفال، ويمثل كذلك إحدى الشكاوى الرئيسية لزوار العيادات النفسية من الأطفال. وفضلا عما يسببه من تعاسة وإزعاج للطفل، فإن الأسرة بكاملها قد تعاني بسبب وجود طفل خائف.

وللتغلب على مخاوف الطفل، توجد مناهج علاجية عرضنا لبعضها وسنعرض في الحالة التالية تطبيقا عمليا لأحد أهم هذه الأساليب شيوعا: وهو التعرض التدريجي لموضوع الخوف.

اعتبارات عامة في علاج الخوف

على أن هناك بعض الاعتبارات العامة التي يجب على الوالدين أن يراعياها عند التعامل مع مخاوف الطفل:

1- التزم الهدوء والثبات لكي ترسم أمام الطفل نموذجا لسلوك معارض للخوف والجزع. ولا تنس أن كثيرا من مخاوف الأطفال تكتسب من خلال ملاحظة الكبار والاقتداء بهم.

2- عالج كل خوف على حدة، ولا تتوقع علاجا لكل مخاوف الطفل في وقت واحد.

3- تجنب التعرض المفاجئ أو الحاد أو المباغت للموضوعات المخيفة.
4- عرض الطفل تدريجيا وفي خطوات صغيرة لموضوع خوفه.
5- امتدح سلوك الطفل لأي نجاح يحققه في القضاء على مخاوفه.
6- تجاهل العبارات الدالة على الخوف ولا تعلق عليها.
7- اجعل توقعاتك واضحة.
8- كن صبورا، ولا تدفع الطفل دفعا-قبل أن يكون معدا-للمراحل التالية.

والحالة التالية التي قام بتناولها المعالج السلوكي «هيربيرت» (Herbert ,1987) تمثل توضيحا عمليا لهذه المبادئ في علاج مخاوف الأطفال.

وصف الحالة

الطفلة، التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد حولت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات[1]، وقد بدأت مخاوفها، في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب. ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشتد ويتعمم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات والطيور والحشرات. ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماما، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الاجتماعية. وإذا حدث وشاهدت حيوانا أو حشرة أثناء اللعب مع زميلاتها فقد كانت تجزع وتفر عائدة إلى المنزل. وقد تطور خوفها إلى اضطراب هيستيري، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد. بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مرورية كادت تودي بحياتها عندما صادفت حشرة تزحف فأخذت، لذعرها، تجري في منتصف الشارع مخالفة قواعد السلامة.

الإعداد للخطة العلاجية

تم الإعداد للخطة العلاجية التي سنعرض تفاصيلها توا من خلال الاتفاق بين المعالج والأم، على أن تتولى الأم تنفيذ الخطة في المواقف الحية التي لا يكون فيها المعالج موجودا مع الطفلة. وقد عرض المعالج الخطة المتدرجة على الأبوين وطلب منهما أن يتقدما نحو مراحل العلاج مرحلة مرحلة تدريجيا ودون تعجل تجنبا لحدوث أي نكسات علاجية.

خطة العلاج

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما: التعرض التدريجي الرمزي والتعرض التدريجي في مواقف حية بالشكل الاتي:

تولى المعالج في المرحلة الأولى تعريض الطفلة للحيوانات من خلال القصص والرسم وتلوين صور الحيوانات والطيور والحشرات المختلفة وقصها، فضلا عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط. وقد كان الهدف من هذه التدريبات خلق ألفة بين الطفلة وموضوعات الخوف، فضلا عن تكوين رابطة سارة ومبهجة ومثيرة للخيال والتقبل مع موضوعات الخوف (أي الحيوانات والطيور). ولأن هذه التدريبات أجريت في منزل الطفلة، فقد كانت لها فائدتها التربوية للأم التي كانت تلاحظ المعالج خلال هذه التدريبات وتتعلم منه بعض الفنون المطلوبة للتخلص من القلق من خلال اللعب، والاسترخاء، وتغيير الانتباه. وفي النهاية كان بإمكان الأم أن تتولى استكمال هذه التدريبات مع الطفلة.

أما المرحلة الثانية فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجيا لمواقف حية لموضوعات الخوف.

وقد استغرق تنفيذ المرحلتين عددا من الجلسات بالشكل الآتي:

الجلسات: الأولى والثانية والثالثة:

خلال هذه الجلسات الثلاث الأولى أسهم المعالج والأم مع الطفلة في تنفيذ النشاطات الآتية:

1- عرض رسوم حيوانات أو طيور لتوضيح بعض موضوعات مرتبطة بقصص الحيوانات التي كان يحكيها المعالج للطفلة.

2- تلوين نماذج من الصور الممثلة لمشاهد طيور أو حيوانات أو حشرات انتقاها المعالج بعناية وشجع الطفلة على قصها بعد تلوينها. وطلب منها وضعها في كتاب نشاطات خاصة بالطفلة، أو تعليقها في حجرتها.

3- استمتعت الطفلة بهذه النشاطات بعد فترة خوف وتوجس نتيجة لقيام المعالج بتشجيعها وإعطائها معلومات إيجابية عن الموضوعات المرتبطة بمخاوف الطفلة (مثالا: الدجاج يمدنا بالبيض، الكلاب تحمي أصحابها بوفاء وترشد المكفوفين، النحل ينتج لنا عسل النحل.. إلخ).

4- تعاونت الأم في اختيار قصص مرتبطة بالحيوانات والطيور وغيرها

وقراءتها للطفلة.

وفي نهاية الجلسة الثالثة، كان من الواضح أن الطفلة بدأت تدريجيا بالتغلب على توجسها السابق، فأصبحت تتعامل بقليل من الخوف، وبدأ قلقها يقل عند التعرض الرمزي لصور الحيوانات والطيور والحشرات وللقصص المرتبطة بها، وأدى هذا التقدم إلى الانتقال للمرحلة التالية من العلاج.

الجلسة الرابعة:

أخذ المعالج الطفلة للتنزه بجوار إحدى البحيرات القريبة، وطلب منها أن تلتقط-باستخدام آلة التصوير-صورا للبجع والطيور البحرية من مسافة بعيدة. ثم قرب الطفلة تدريجيا لالتقاط صور قريبة، وصحبها في العودة إلى محل للطيور المنزلية، وشجعها على إطعام الطيور المنزلية. لكنها بدأت تشعر بالقلق والخوف عندما طلب منها التقاط صورة لكلب يسير في الشارع ولهذا فقد أجل المعالج موضوع التعرض للكلاب لجلسة قادمة.

الجلسة الخامسة:

بدأت هذه الجلسة باللعب بنموذج كلب من المطاط في المنزل وتبع ذلك نزهة إلى الحديقة المجاورة للتعرض التدريجي للحيوانات. وقد استمرت الطفلة في التقاط صور للحيوانات، واستطاعت هذه المرة أن تلتقط صورا للكلاب من مسافة قريبة وبعيدة. ولكنها جفلت عندما رأت عنكبوتا على أرضية الحديقة، إلا أنها لم تتحدث عن هذه الحادثة كثيرا، كذلك تجاهل المعالج هذه الحادثة ولم يجعل منها موضوعا مهما للحديث.

الجلسة السادسة:

قامت الطفلة في النصف الأول من الجلسة في المنزل برسم عناكب، وتلوينها وتعليقها في حجرتها، وخلال ذلك كان المعالج يحادثها عن العناكب وكيف تعيش، والمبالغات التي تروى عنها خطأ بأنها قد تضر بنا بينما هي في الحقيقة لا تضر الإنسان.

وفي النصف الثاني من الجلسة السادسة صحب المعالج الطفلة إلى أحد المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب، وقد أبدت الطفلة تشوقها واهتمامها بالكلاب أكثر من المرات الماضية، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد

عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها المعالج على محاكاته في ذلك.

22 حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته (قصة من النجاح الأكاديمي)

إن كثيرا من مشكلات التعلم والتأخر الدراسي لا ترجع إلى التخلف العقلي وانخفاض مستوى الذكاء بقدر ما ترجع إلى أخطاء في التربية والعجز عن تكوين الدافع الملائم للنجاح والتفوق لدى الطفل. ولهذا فإن هناك اعتبارات أخرى يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أداؤه المدرسي في التدهور. وسنذكر فيما يلي هذه الاعتبارات لننقل بعد ذلك للقارئ نموذجا عمليا لإحدى حالات النجاح في العلاج السلوكي في مجال التفوق الأكاديمي.

اعتبارات عامة لمعالجة مشكلات الدراسة

هناك اقتراحات عامة يجب مراعاتها في حالات تدهور الأداء المدرسي وبطء التعلم وهي:

1- اجعل من التعلم والدراسة خبرة مرتبطة بالسرور والمتعة.

2- اجعل من التعلم خبرة مرتبطة بالنجاح وليس

بالفشل (أي ركز على النجاحات التي يحققها الطفل حتى ولو كانت صغيرة).

3- قدم العلاج حسب خطوات صغيرة. أي ينبغي تشكيل السلوك المؤدي للتعلم في شكل مراحل صغيرة مع مكافأة كل تقدم جزئي نحو الهدف العام.

4- امتدح بسخاء.

5- شجع الطفل على ربط خبرة التعلم بنشاط عملي، فالأشياء التي نقوم بعملها نتعلمها أسرع ونحتفظ بها في ذاكرتنا بشكل أقوى.

6- ارسم أمام الطفل النموذج الملائم للنجاح والعمل والنشاط. فمن العسير على الطفل أن ينمي إمكانات التعلم والتفوق أو يستجيب لنصائحك، بينما أنت تقضي الغالبية العظمى من الوقت في الثرثرة ومشاهدة التليفزيون والحفلات الاجتماعية التافهة والزيارات طوال أيام الأسبوع.

7- اختر مكانا جيدا لطفلك.. بعيدا عن الضوضاء ومعدا خصيصا للعمل.

وفيما يلي وصف لحالة الطفل موضوع هذه الدراسة، (Eimers & Aithison, 1978).

وصف الحالة

كان الطفل موضوع هذه الحالة في الحادية عشرة من العمر عندما أحضره والداه وهما في حالة من الجزع والانزعاج. فالطفل يرسب في المدرسة. وما هو أسوأ من ذلك أنه لا يبدو أنه يهتم أو يكترث لذلك. وبالرغم من أن الطفل كان متفوقا في دراسته في العامين الأولين لالتحاقه بالمدرسة، فإن أداءه بدأ في التدهور تدريجيا.

ودلت اختبارات الذكاء التي استخدمها المعالج مع الطفل على أن نسبة ذكائه فوق المتوسط. كذلك لم تتضح صعوبات في التعلم أو قصور عقلي واضح في الجوانب الأخرى من التفكير. وقد استبعدت هذه النتائج أن تكون مشكلة هذا الطفل بسبب التخلف أو صعوبات التعلم. وقد أيد مدرسوه هذه الملاحظات وأضافوا أنه كان من قبل تلميذا جادا وأن لديه إمكانات أكيدة على التفوق، إلا أنه يهمل في أداء واجباته، ولا يبذل أي جهد إضافي تطلبه منه مدرسته، وهو لا يبدي اكتراثا بحل واجباته المنزلية مما ضاعف

من مشكلاته الدراسية وتدهوره.

لقد تبلورت المشكلة الحقيقية وراء التدهور الدراسي لهذا الطفل في دافعه الدراسي. ولهذا فقد نصحت معلمة الفصل والدي الطفل بأن يستعينا بعيادة نفسية لمساعدتهما ومساعدة الطفل على التغلب على هذه المشكلة قبل تفاقمها. وقد قام المعالج بوضع خطة من مرحلتين لزيادة دافعه الدراسي والتغلب على بعض مشكلاته السلوكية داخل الفصل الدراسي وعاونه في تنفيذها الوالدان والمدرسون (Eimers & Aithison 1977,).

خطة العلاج

المرحلة الأولى: تقوية الدافع الدراسي:

ركز المعالجون على مشكلة أداء الواجبات المنزلية كسلوك محوري، وقد بدا واضحا أن الأبوين لم يبديا اهتماما بهذا الجانب، وأهملا سؤال الطفل عن أعماله المنزلية وتركاها له دون متابعة. صحيح أنهما كان يطلبان منه بين الحين والآخر أن يؤدي واجبه، لكنه كان يجيبهما بأنه قد فعل ذلك، فكانا يقبلان ما يقوله بطيب خاطر ويسمحان له بالخروج للعب أو مشاهدة التليفزيون معهما. ولهذا فقد كان من أسباب جزع الأبوين أنه قد خدعهما بادعائه بأنه يحل واجباته، وعندما اكتشفا ذلك أظهرا له أشد الغضب، وأرغماه على البقاء في حجرته يوميا لساعتين لإنهاء واجباته المنزلية. وبالرغم من موافقته على البقاء لساعتين في حجرته، فإنه استغل هاتين الساعتين في قراءات خارجية ومجلات أطفال. واستمر لا يؤدي واجباته المنزلية كما دلت التقارير التي كانت تأتي من مدرسته. وعند هذا الحد شعر الأبوان بضرورة استشارة المعالج النفسي. وفيما يلي الخطة العلاجية التي وصفها المعالج وقام بتنفيذها مع الوالدين:

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة وتعريفها:

بيّن المعالج-واتفق معه الوالدان في ذلك-أن المشكلة الرئيسية للطفل تتركز في فقدان دوافعه للعمل. فقد عزف الطفل عن العمل والدراسة لأنه ببساطة لم يتلق التدعيم الملائم والإثابة لهذين النشاطين، أو بعبارة أخرى، لم يتلق تدعيما ملائما لإنهاء العمل المدرسي والواجبات اليومية. ولم يكن تهديد معلمة الفصل بالرسوب أو تخفيض درجاته كافيا لإذكاء دوافعه مرة

أخرى. وقد رأى المعالج، أن الحل الرئيسي لمشكلة هذا الطفل يكمن في أن يجعل من الدراسة وأداء الواجبات المنزلية أمرا مشجعا وجذابا ومرتبطا بالتدعيم الاجتماعي والإثابة.

الخطوة الثانية: مكان خاص للعمل:

من الأسباب التي تبين للمعالج أنها تعوق الطفل عن أداء واجباته المنزلية، السماح له بإكمال هذه الواجبات في حجرته. فقد كانت حجرته مملوءة بكثير من جوانب النشاط واللعب بما في ذلك مجلات الأطفال ولعبه الكهربائية وكل لعبه المفضلة. لهذا فقد أوصى المعالج الوالدين بأن يخصصا مكانا ملائما للدراسة، وقد اتفق الوالدان على أن تكون منضدة الطعام هي المكان الملائم لذلك. فقد خلت هذه البقعة من المنزل من المشيقات، فضلا عن أنها تميزت بإضاءة جيدة، وكانت على العموم مكانا جيدا للدراسة إضافة إلى أنها تمكن الوالدين من مراقبة الطفل.

الخطوة الثالثة: إثارة الحوافز والتدعيم الإيجابي:

تبلورت الخطوة الثالثة في ابتكار نظام لإثارة حوافز الطفل، تم بمقتضاه الاتفاق مع الوالدين على إثابة الطفل على كل نجاح أو تغير إيجابي في دراسته. وقد روعي في برنامج الحوافز ما يأتي:

1- اختيار حوافز أو مدعمات مرغوب فيها من الطفل تستحق منه أن يبذل جهدا للحصول عليها.

2- الزيادة التدريجية للوقت الذي يقضيه في أعماله المدرسية كل ليلة. وقد حذر المعالج الوالدين من تغليب رغبتهما في النجاح السريع على توخي الحرص في تطبيق مقتضيات العلاج التي تتطلب التدرج الحذر في زيادة الوقت الذي يمنحه الطفل للعمل، وفي مكافأة كل تقدم في هذا الاتجاه.

3- امتداح الطفل بين الحين والآخر خلال انشغاله بدراسته وتشجيعه على مجهوداته..

4- المكافأة الفورية: تعتبر الدرجات التي تعطيها المعلمة للجهود الدراسية مكافأة غير مباشر، ومن ثم فإن تأثيرها التشجيعي ضعيف. ولهذا أصبح تقديم المكافأة الفورية ضروريا. وقد نوعت المكافأة الفورية وعددت لتشتمل على بعض الأطعمة المحببة، أو قضاء نصف ساعة في مشاهدة التليفزيون أو الفيديو، أو استخدام التليفون، أو الخروج للتنزه واللعب.. الخ، وكانت

تقدم كل مساء.

الخطوة الرابعة: المتابعة:

اعتمدت الخطوة الرابعة على متابعة تقدمه وتقييمه. وهنا تبين من خلال الاتصال بمعلمة الفصل أن درجاته قد أخذت في التحسن، وأن واجباته المنزلية كانت تتم في وقتها وبشكل ملائم. لكن المعلمة لاحظت أن الطفل بالرغم من التحسن الأكاديمي، فإن سلوكه في داخل قاعة الفصل اتسم بالاندفاع نحو الشتم وإثارة بعض الفوضى مما كان يحول بينه وبين الانتباه الجيد. وقد شعرت المعلمة أن الطفل بإمكانه أن يتفوق أكثر وأن يحقق إمكاناته بصورة أفضل لو تخلى عن هذه المشكلات السلوكية.

ولهذا فقد اتفق الوالدان مع المعالج على وضع خطة أخرى للتغلب على هذه المشكلات السلوكية وفق الخطوات التالية:

المرحلة الثانية: التغلب على المشكلات السلوكية

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة:

دعا المعالج معلمة الفصل لحضور إحدى الجلسات مع الوالدين بغرض تحديد مشكلات الطفل، ولكي يكسب تعاونهم في التخطيط للعلاج وتنفيذ الخطة. وقد تبين أن مشكلات الطفل في المدرسة شملت ما يأتي:

أ- العزوف عن أداء أعماله الإضافية في المدرسة، أي الافتقار لدافع المنافسة الدراسية.

ب- التنكيت مع الزملاء، والتعليقات غير الملائمة، وكثرة الحركة، وعدم الانضباط. وقد تبين أن هذه المشكلة ترتبط بالرغبة في إثارة الانتباه بشكل غير ناضج. وقد كان من الواضح أن زملاء فصله قد أحبوا طريقته وكانوا يستجيبون لتصرفاته المضحكة، ونكاته بالضحك والمودة. حتى المعلمة، ولو أنها لم تكن تشارك زملاءه سعادتهم بتصرفاته، فقد كانت تبدي اهتمامها السلبي من خلال السخرية ومحاولة الإسكات. لقد تحول الطفل إلى نجم الفصل وموضوع الانتباه الرئيسي لزملائه ومعلمته بسبب سلوكه غير اللائق.

الخطوة الثانية: التحكم في الإثابة:

تبلورت الخطوة الثانية في البحث عن حل للمشكلة. وقد تركزت خطة الحل على التقليل من الإثابات التي يحصل عليها بسبب سلوكه المشاغب، أي بالتقليل من الانتباه الإيجابي والسلبي الذي يحصل عليه من زملائه

ومعلمته. كذلك تركزت الخطة على زيادة حوافزه وإثابته على السلوك الملائم. وقد اتفق أن يكون السلوك الملائم هو العمل على إنهاء واجباته المدرسية والإضافية وعدم تأجيلها حتى العودة إلى المنزل.

الخطوة الثالثة: الإبعاد المؤقت[1] عن مواقف التدعيم السلبي:

تم تنفيذ الخطة بحيث يتم الإبعاد عن الفصل لمدة خمس دقائق عندما يصدر منه سلوك مناف للذوق بما في ذلك التنكيت أو التعليقات غير الملائمة. وبذلك تم حرمانه من المدعمات التي كانت تأتيه من جراء سلوكه المشاغب. وكان يسمح له بالعودة للفصل بعد خمس دقائق، إلا أنه كان يستبعد من الفصل من جديد ولمدة مضاعفة إذا ما استمر في السلوك نفسه.

وبالرغم من نجاح الإبعاد المؤقت، فإنه كان يمثل-من الناحية العلاجية- نصف الحل. فمن خلال الإبعاد المؤقت تعلم الطفل أنواع السلوك التي يجب التوقف عنها، لكنه لم يتعلم بعد السلوك الجيد المطلوب عمله. ولهذا فإن من المفروض تدريبه على أنواع السلوك الملائمة داخل الفصل من خلال برنامج خاص لإثارة حوافزه لأداء السلوك الملائم، وهو ما طبق في الخطوة الرابعة.

الخطوة الرابعة: تدعيم السلوك الإيجابي:

تنطوي الخطة العلاجية هنا على إثابة الطفل ومكافأته للوقت الذي يقضيه في مقعده وهو يؤدي واجباته المدرسية المطلوبة. وقد تعاون المعالج مع المعلمة على وضع جدول مكافآت خاص تعده له يوميا، ويحصل الطفل بمقتضاه على نقاط (أو رموز) مقابل الوقت الذي يقضيه في العمل والمتفق عليه مع الطفل والمعلمة سابقا.

وفي نهاية اليوم توقع المعلمة هذا الجدول وترسله مع الطفل إلى المنزل حيث يتم تحويل هذه النقاط أو النجوم إلى مدعمات متفق عليها بحسب جدول تدعيم سابق.

وتتطلب هذه الخطة كذلك الاستمرار في امتداح وتقريظ الطفل على تحسنه وعلى التغيرات الإيجابية التي يحققها. كما تقتضي هذه الخطة أيضا التوقف عن اللوم أو النقد عند ظهور السلوك الخاطئ وتجاهل السلوك الدالة على الشغب أو عدم الانضباط والفوضى.

وكان امتداح السلوك الإيجابي وتجاهل السلوك السلبي يتم أيضا في المدرسة حيث دربت المعلمة على استخدام الخطة نفسها.

الخطوة الخامسة: التقييم والمتابعة:

عند تقييم المرحلة الثانية من العلاج، تبين أن الطفل قد نجح نجاحا مذهلا في تحقيق أهداف العلاج. فلقد اختفى-بعد خمس مرات من تنفيذ برنامج الإبعاد المؤقت-سلوكه المشاغب، وتحول إلى طفل نموذجي بمعنى الكلمة. وقد بدأ تحسنه التدريجي يتنامى بشكل ملحوظ، وانعكس ذلك التحسن على درجاته في الفصل الدراسي التالي حيث ارتفعت إلى B+ (جيد جدا).

ولم تكن هناك مشكلة واضحة عندما حدث توقف تدريجي عن خطة الحوافز، فلم يتراجع عن سلوكه الجيد عندما توقف تنفيذ هذه الخطة تماما، فقد «أدمن» الطفل السلوك الجيد، وأصبحت دوافع النجاح الذاتية والتدعيمات التي كان يحصل عليها بسبب تفوقه وانتقاله لهذا المستوى كافية لاستمراره في السلوك الإيجابي. كذلك تحققت تغيرات في سلوك الوالدين، فقد اعتادا امتداح السلوك الجيد، وتوقفا عن النقد والعقاب، مما شكل تدعيما إضافيا لاستمرار تفوقه في السنة التالية التي أمكن تتبعه خلالها.

23 حالة الطفل ذي السلوك الاجتماعي التدميري (طفل مولع بإشعال الحرائق)

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحيانا إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلبا ملحا. ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة. ومن الأمثلة الأكثر أهمية لهذا السلوك نذكر تحطيم الأثاث، وإشعال النار، وإيذاء الآخرين، وإتلاف ملكياتهم.

اعتبارات عامة للتحكم في السلوك التدميري

وهناك اعتبارات عامة يجب مراعاتها بشكل عام عند التعامل مع هذا النوع من السلوك:

1- حدد بصورة نوعية السلوك الاجتماعي السيئ الذي يلزم تعديله (مثلا إشعال الثقاب- استخدام لغة نابية).

2- ارسم هدفا إيجابيا أمام الطفل يكون معارضا للسلوك الخاطئ واجعل منه هدفا جذابا للطفل (من خلال ربطه بنظام للحوافز والمكافأة).

3- استخدم بسخاء التدعيم الاجتماعي والتقريظ لأي تغير إيجابي.

4- إذا كان لابد أن تمارس العقاب، فيجب أن يكون سريعا وفوريا ومصحوبا بوصف للسلوك البديل. وفي هذه الحالات يكون الإبعاد المؤقت أحد الأساليب المفضلة.

5- قم بتدريب الطفل على التخلص من أوجه القصور التي قد تكون السبب المباشر أو غير المباشر، في حدوث السلوك الهدام. مثل تدريبه على اكتساب ما ينقصه من المهارات الاجتماعية، وعلى استخدام اللغة بدلا من الهجوم الجسماني، وعلى تحمل الإحباط، وعلى تأجيل التعبير عن الانفعالات، وعلى التفوق في المدرسة.

6- ارسم أمام الطفل قدوة جيدة، فلا تسرف في أسلوب العقاب أو التهجم اللفظي، ولا تفقد السيطرة على النفس. فهذه الأنماط من السلوك ترسم نموذجا عدوانيا للطفل يجعل من المستحيل التغلب على مشكلة السلوك العدواني لديه. بل قد تؤدي هذه القدوة الفظة التي يخلقها العقاب إلى نتيجة عكسية.

7- استعن بالوالدين والمدرسين لتنفيذ خطة تدعيم السلوك المعارض للسلوك العدواني حتى يحدث تعميم للخبرة المتعلمة.

8- يكون السلوك التخريبي للطفل أحيانا نابعا من حرمانه من ممارسة هذا السلوك وتخويفه منه وعدم اطلاعه على طبيعته، ولهذا يستخدم المعالجون أسلوب التشبع بالمنبه والذي من خلاله يتم تمكين الطفل من ممارسة السلوك الخاطئ (كإشعال الثقاب) بشكل مكثف تحت إشراف المعالج، كما في الحالة التي سنتحدث عنها في هذا الفصل.

وصف الحالة

كان عمر الطفل في الحالة التي نحن بصددها سبعة أعوام. وكانت مشكلته الرئيسية أنه استطاع في مناسبات مختلفة أن يحصل على أعواد الثقاب، ويشعلها في مواقع مختلفة من المنزل، مما أدى إلى إشعال بعض الحرائق في المنزل بما في ذلك حجرته، ولولا يقظة والدته التي كانت منتبهة لهذه المشكلة لكان من الممكن أن تحدث عواقب وخيمة.

فضلا عن هذا فقد كانت هناك مشكلات سلوكية أخرى لدى هذا

الطفل منها الخوف من الظلام، والاستيقاظ للأكل خلال الليل، وتسلق أعمدة التليفون، والكذب على الوالدين، وعصيان الأوامر.

على أنه تقرر ضرورة البدء بعلاج مشكلة اللعب بأعواد الثقاب وإشعال الحرائق وذلك لخطرها الشديد من ناحية، ولاستحالة التركيز على أكثر من جانب واحد من المشكلات المتعددة التي كان الطفل يعانيها من ناحية أخرى. وبعد جلسات قليلة مع الوالدين رسمت خطة العلاج وتم تنفيذها في جلسات متعددة تحت إشراف المعالجين السلوكيين «فيشر» و«جوكروس» (Fischer & Gochros 1975,).

خطة العلاج

تطلبت خطة العلاج أن يقدم المعالج أو مساعده للطفل حالما يجيء للعيادة صندوقا يحتوي على علب كثيرة من الثقاب وأن يطلب منه إشعال أي عدد من أعواد الثقاب شريطة أن يتبع خمس خطوات للحماية من الأخطار. وكان المقصود من هذه الخطوات تنمية العزوف عند الطفل عن إشعال أعواد الثقاب.

1- لا يستخرج الطفل إلا عود ثقاب واحدا من العلبة في كل مرة، وعليه أن يغلق العلبة بإحكام قبل بدء إشعال العود.

2- عند إشعال العود، يجب أن يكون قريبا من المطفأة التي تكون على بعد حوالي ذراع واحدة من الطفل.

3- يجب أن تكون الذراع الممسكة بالعود ممدودة وغير قريبة من الجسم وليست مستندة إلى المنضدة أو إلى الذراع الأخرى (لإثارة التعب والكف السريع).

4- يجب أن يسمح لعود الثقاب بأن يظل مشتعلا حتى نهايته قبل إلقائه في المطفأة.

نتيجة العلاج

قضى الطفل ثلاث جلسات في عملية إشعال أعواد الثقاب تميز سلوكه خلالها بالفرح والاستثارة ولم تبد عليه علامات الملل خلال هذه الجلسات الثلاث.

امتدت الجلسة الرابعة ساعة كاملة وأربعين دقيقة والطفل يمارس إشعال أعواد الثقاب حسب الشروط التي سبق ذكرها. ولكن قبل انتهاء هذه الجلسة بعشر دقائق سأل الطفل ما إذا كان بإمكانه أن يتوقف عن هذه العملية، ويؤدي لعبة أخرى في العيادة.

عندما عادت الأم بالطفل في الجلسة الخامسة أفادت بأن هناك تغيرا ملموسا حدث لدى الطفل. فقد توقف عن إشعال الثقاب بالمنزل، كما ظهرت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكه.

بعد ثلاث جلسات أخرى من التدريب على التشبع بالمنبه، قرر الطفل أنه يود التوقف عن إشعال الثقاب مرة أخرى، طالبا البحث عن لعبة أخرى يؤديها.

استمرت الأم تحضر الطفل لمدة ستة شهور إضافية لعلاج بعض المشكلات الأخرى، وقد كان التحسن-حسب إفادتها-واضحا جدا في سلوك الطفل وتوقفت تماما عملية إشعال الثقاب.

24 التغلب على مشكلة تبول لا إرادي بالطرق السلوكية

بعد سن الثالثة من العمر وما بعدها يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمرا ضروريا. ويتم تشخيص التبول اللا إرادي[1] كمشكلة سلوكية إذا ما بين الفحص الطبي الشامل للطفل أنه لا توجد لديه أي عيوب أو تشويهات خلقية في المسالك البولية، أو أنه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول أثناء النوم (Stanton 1982,).

وقد بينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي ١٩٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لا إرادي ليلي. ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللا إرادي منخفضة للغاية، إذ تبلغ ١٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى ١٦٪ بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين

سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى 3٪ فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاما (Schaefer et. al . 1986,) ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحيانا 93٪ (Mahoney 1973,).

والحالة التالية مثال جيد لظاهرة التبول اللا إرادي الليلي لفتاة في الخامسة عشرة من عمرها تم علاجها سلوكيا، باستخدام أساليب التدعيم-بشكل خاص-كفنيات علاجية مشتقة من نظرية التعلم الإجرائي (الفعال)[2].

وصف الحالة

قدمت إلى أحد الكتاب (رضوى إبراهيم) بالعيادة الخارجية بقسم الطب النفسي في أحد المستشفيات الجامعية فتاة في الثامنة عشرة من عمرها تصحبها أمها. وقد بدا واضحا منذ المقابلة التشخيصية الأولى أن المريضة كانت تعزف عن الاحتكاك البصري مما أوحى بأنها تتسم بالخجل الشديد والحياء وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلك فقد كانت من الناحية الجسمية على درجة عادية من الصحة والجمال والجاذبية.

الشكاوى الرئيسية

الشكوى الرئيسية لهذه الفتاة-وكما عبرت عنها الأم بنوع من اليأس الشديد-هي عدم قدرة ابنتها على ضبط نفسها في عملية التبول أثناء النوم. وقد أشارت الأم إلى مجموعة من التقارير والفحوص الطبية التي كانت تحملها معها مؤكدة أن نتائج هذه التقارير أثبتت أن ابنتها طبيعية طبيا، إذ ليس لديها أي مشكلة عضوية تدعو إلى استمرار التبول الليلي اللا إرادي وبشكل يومي.

وقد ذكرت الأم أيضا أن ابنتها استخدمت في السابق علاجات بالأدوية لفترات طويلة في محاولة وقف التبول اللا إرادي مثل التوفرانيل (Tofranil) وغيره من علاجات طبية أخرى، وجميعها لم تعط أي نتائج إيجابية في التغلب على هذه المشكلة. وقد أدى استمرار هذه المشكلة إلى وجود حساسية شديدة لدى الابنة، فهي عادة ما تتأثر وتنفعل لأقل الأسباب، وتشعر بالتعاسة والرغبة في البكاء في أحيان كثيرة. كما تطور لديها عزوف واضح عن

العلاقات الاجتماعية، فلم يكن لديها صديقات، وهي تميل إلى العزلة والانفراد بالنفس لأوقات كثيرة، وتجنب للاحتكاك أو المشاركة في أنشطة الأسرة المختلفة على الرغم من إلحاح أمها عليها بالمشاركة، وكانت دائما تجد المبررات لابتعادها عن جو الأسرة بشكل عام. وبالرغم من شعورها بالضيق والغضب الشديدين تجاه أمها، فقد كان من الواضح أن مريضتنا متعلقة ومرتبطة بالأم ارتباطا قويا. فقد وصفتها في إحدى الجلسات العلاجية «بأن أمها مثل الملاك الذي أنزله الله لها كي يحميها من كل صعوبات حياتها». وقد بدا واضحا أيضا تعلق الأم بابنتها إذ عبرت الأم للمعالجة بأنها تحرص حرصا خاصا على هذه الابنة، رغم وجود ثلاث بنات أخريات لها، اثنتين أكبر من المريضة وواحدة تصغرها، إضافة إلى خمسة أبناء آخرين. فالأم تخاف على هذه الابنة وتشعر بمعاناتها، وقد كانت هناك أسباب أخرى لطلب العلاج منها أن هناك أكثر من شاب يرغب في الزواج من هذه الابنة خاصة بعد زواج أختها الكبرى وعقد قران أختها الثانية التي تكبرها بعامين. وقد ارتسمت ملامح الحزن والحيرة والتردد في عيني كل من الأم والابنة عند ذكرهما فكره الزواج وهي تعاني مثل هذه المشكلة.

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب[3] حصلت المريضة على درجات مرتفعة على كلا المقياسين. وكان هذا مؤشرا إلى أن قلقها العصابي قد تفاقم إلى حد سبب الارتفاع في درجاتها على مقياس الاكتئاب بما يتضمنه من إحساس قوي باليأس والعجز. ولكن عملياتها المعرفية وقدراتها على التفكير والاستيعاب كانت، بحسب الملاحظات المسجلة والاختبارات المستخدمة، على درجة لا بأس بها بالرغم من انقطاع المريضة عن الدراسة منذ ثلاث سنوات بعد نهاية المرحلة المتوسطة، إذ فقدت الحماسة للدراسة، ولم تمانع الأسرة في تركها المدرسة حينئذ والبقاء في المنزل حسب رغبتها. ولهذا فقد شعرت المعالجة بأن حالة التبول اللا إرادي هي المسؤول الأول الذي أدى إلى قصور المهارات الاجتماعية لدى المريضة وإلى تطور الأعراض المرضية الأخرى. ومن ثم أصبحت هذه المشكلة هي السلوك المحوري الذي استهدف الانتباه إليه والتركيز عليه في العلاج بحسب الخطة العلاجية التالية.

الخطة العلاجية

بما أن المشكلات التي تعانيها مريضتنا متعددة، كان لابد لنا من التركيز على مشكلة واحدة من بين هذه المشاكل لتكون محورا رئيسيا للعلاج، بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع المريضة على التغير في نواح أخرى وتشجع أسرتها على التعاون معها.

ولهذا تركزت الخطة العلاجية على مرحلتين أساسيتين:

كان التركيز في المرحلة الأولى على التبول اللا إرادي كسلوك محوري للعلاج. وبما أن موضوع التبول اللا إرادي هو محور اهتمامنا في هذا الفصل فسنركز عليه بتفصيل أكثر.

أما المرحلة الثانية فقد كان الهدف منها زيادة قدرات مريضتنا على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعابرة، وتنمية المهارات الاجتماعية لديها مع تشجيعها على تغيير أنماط الاتصال وأساليب تفاعلها بأفراد أسرتها، ولتحقيق هذه المرحلة من العلاج فقد قسمت المرحلة الثانية إلى أربع خطوات صغرى تهدف إلى تدريبها على:

1- إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتابعة لموضوع معين.

2- ضرورة التعليق على ما تسمع، على أن تتسم تعليقاتها بالتنوع بحيث تشتمل إما على إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.

3- الاحتكاك البصري الملائم عند الحديث مع الآخرين.

4- التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين، وتنمية علاقاتها بصورة تتسم بالدفء والتقبل. وقد تم تدريب كل قدرة من هذه القدرات السابقة بشكل مستقل واستغرق تدريبها على خطة العلاج بأهدافها الرئيسية عشرين جلسة علاجية على مدى خمسة عشر أسبوعا استغرقت كل منها نحو 40 دقيقة في المتوسط.

المرحلة الأولى:

للتغلب على مشكلة التبول اللا إرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب على التحكم في التبول وضبط المثانة، وتم ذلك بالاتفاق مع المريضة والأم معا.

وفيما يلي خطوات هذا البرنامج:

1- استخدمت المعالجة جدولا للمكافآت يشبه الجدول التالي:

2- طلبت المعالجة أن يعلق الجدول في مكان خاص بالمريضة (مثلا على الحائط بجانب سريرها أو في غرفتها أو في أي مكان تراه المريضة مناسبا).

جدول تدعيمات

السبت	الأحد	الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن المريضة : (   )

3- شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيمات بحيث تتضمن أشياء ترغب المريضة عادة في شرائها مثل مأكولات أو مشروبات أو مجلات، وطلب من الأم أن تقوم بشراء بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

4- شرحت المعالجة للمريضة وأمها البرنامج بعبارات واضحة ومفهومة بالشكل الآتي:

«أريد أن أساعدك على أن تتوقفي عن التبول في ملابسك أثناء الليل، وأن تبقي جافة طوال الليل، فأنا أعرف أن تلك المشكلة تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك. وسنستخدم لذلك برنامجا للمكافآت، ونريدك أن تختاري الأشياء التي تعجبك أو تحبين أن تكون لديك من عدة مدعمات يتم تحديدها مسبقا. وإذا مرت الليلة دون أن تبللي نفسك فستحصلين على مكافأتك فورا، وستحصلين على نجمة في هذا الجدول المعلق هنا».

5- تحول النجمة[4] في اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعمات المتوافرة، أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر في نهاية الأسبوع أو أي فترة أخرى. ونتيجة لهذا كان على الأم أن تعرض على الابنة في نهاية اليوم الخروج لمبادلة المكافآت الرمزية (النجوم) بأشياء تشتريها في مقابل ما حصلت عليه، أو أسبوعيا إذا ما رغبت الابنة في توفير نجوم أكثر.

7- طلب من الأم أن تقوم بتقديم المدعم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الابنة في الحفاظ على عدم تبولها.

8- إذا استمرت المريضة في التوقف عن التبول اللا إرادي كل ليلة لأسبوعين متتاليين فالخطة تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعم الحسي تدريجيا بحيث يقدم المدعم يوميا في الأسبوع الأول، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعم المحسوس (الهدايا التي تم شراؤها من قبل أو الهدايا الخارجية) تماما، على أن تستمر المريضة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل لضمان استمرارية التدعيم الاجتماعي المتمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية.

9- وطلب من الأم أن تمتدح سلوك الابنة خاصة أمام أفراد الأسرة كل مرة تنجح المريضة فيها في الكف عن التبول على نفسها. أما إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب أو اللوم. وعلى المريضة فقط أن تقوم بغسل الملابس والأغطية المبللة.

11- ولكي نخفف عن المريضة مخاوف الفشل فقد أخبرناها بأنها ستنجح في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر.

11- طلب من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تنجح المريضة في الكف عن التبول على نفسها أثناء الليل. وفيما عدا ذلك كانت أوامر المعالجة للأم واضحة «لا تنتقدي، لا تؤنبي إذا ظهر السلوك السلبي (تبليل نفسها ليلا)، وتصرفي بشكل عام بالتشجيع، واظهري اهتمامك وامتدحي سلوكها كلما بدر منها ما يدل على اهتمام بمظهرها ونظافتها».

وقد كان التغير في سلوك المريضة واضحا للغاية، فقد توقف التبول الليلي اللا إرادي في نهاية الأسبوع الثاني من تنفيذ هذا البرنامج. وفي الوقت نفسه بدأت المريضة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لأفراد أسرتها، وبدأت تظهر جوانب أخرى في سلوكها مثل قضاء وقت أكبر في صحبة الأسرة سواء داخل المنزل أو الخروج معهم للزيارات الاجتماعية. كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوب فيها، مع تشجيع الجوانب المرغوب فيها في السلوك باستمرار. وقد انعكس كل هذا إيجابيا على المريضة فبدأت تفكر في العودة إلى تكملة دراستها مرة أخرى والالتحاق بإحدى المدارس الليلية القريبة من منزلها للحصول على الشهادة الثانوية.

وبدأت تنظر إلى المستقبل بتفاؤل أكثر إذ ذكرت للمعالجة في إحدى الجلسات العلاجية «بأنها تتمنى أن تصبح معلمة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لحبها الشديد للأطفال في هذه المرحلة من العمر». وقد جعلتها كل هذه التغيرات الإيجابية هدفا للكثير من الاستجابات الوجدانية والاهتمام من الأسرة.

وقد استمرت علاقتنا العلاجية بالمريضة بتشجيعها على التغير الإيجابي في المهارات الاجتماعية بحسب الخطة التي عرضنا لها في بداية هذا الفصل بعنوان المرحلة الثانية، والتي لا يتسع المقام هنا لشرح نتائجها أو تقويمها بسبب الاستمرار في العلاج حتى تقديم هذا الفصل للطباعة.

25 طفل شديد العناد ملحاح، وسهل الاستثارة (أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة)

تمثل الحالة التالية محاولة ناجحة لاستخدام أسلوب سلوكي ملطف وغير عقابي في مجال علاج المشكلات الاجتماعية للطفل. وقد ناقشنا أبعاد هذا الأسلوب تحت عنوان التعليم الملطف في الأجزاء السابقة.

وتتمثل قيمة هذه الحالة في النقاط الآتية:

1- بما أن هذه الحالة هي لطفل عربي فإن هذا يدل على إمكان نجاح هذا الأسلوب في البيئة العربية.

2- وبما أن المريض في هذه الحالة لم يكن مقيما في مؤسسة أو مستشفى عند البدء في خطة العلاج، فإن النجاح في هذه الحالة يدل على فعالية التعاون بين الأسرة والمعالج (ع. إبراهيم)، وعلى إمكان تدريب أفراد عاديين لتولي مهام علاجية فعالة.

3- إن الأسلوب المستخدم-وهو الأسلوب الملطف-يمثل تطورا جديدا للاتجاه السلوكي الذي يأخذ في الاعتبار بعض الانتقادات الشائعة للاتجاه السلوكي خاصة عندما يستخدم في علاج العدوان، كما سنرى في تفاصيل هذه الحالة.

4- وما يزيد من أهمية هذه الحالة هو أن الاضطراب كان مصدره عضويا، إذ شُخّص على أنه تخلف عقلي مصحوب بإفراط حركي، مما يوحي بإمكانات كبيرة للعلاج السلوكي حتى عند التعامل مع المشكلات ذات المصدر العضوي.

وصف الحالة

كان «مصعب الناجي» في الثالثة عشرة من العمر عندما حول إلى عيادة العلاج السلوكي بالمستشفى الجامعي. ويعيش مع والديه وأخت تصغره بستة أعوام في إحدى المدن السعودية بعد انتقال الأسرة من إحدى الدول العربية منذ 7 سنوات.

ويعمل الأب في شركة تأمين كبرى، وهو يجيد اللغة الإنجليزية، ويهتم بالاطلاع على الكتب والمجلات العامة في الطب وعلم النفس. وبالرغم من أن اطلاعه قد أكسبه بعض الأفكار الخاطئة عن مشكلة ابنه، فإنه أبدى تعاونا مترددا مع المعالج، وبدأ تدريجيا يغير أفكاره عن العلاج ويتحمس لخطة العلاج السلوكي في وقت قصير نسبيا.

أما الأم فإنها ربة منزل وتصغر الزوج بنحو 11 سنة، وقد وصف الأب علاقته بها بأنها تتسم بتقبل متبادل، إلا أن هناك، حسب تعبيره، «عدم توافق في الطباع، يمكن بسبب فرق السن.. مع أنها من نفس العائلة.. وأحيانا فيه كثير من المشادات وصلت لدرجة الانفصال.. المشاكل بدأت منذ زمن طويل.. أنا بطبيعتي عصبي.. هي يمكن حاسة إنني قافل على حياتها .. لكن هي بتسألني كثير في تفاصيل حياتي العملية.. وده بيزهقني، ويطلع عيني، ويشد أعصابي، لكن هدفها طيب.. ست كاملة من حيث متطلبات الرجل.. الخ».

وللأسرة ثلاث فتيات أخريات ولكنهن جميعا متزوجات ويقمن مع أزواجهن.

بدأت مشكلات «مصعب» منذ كان في الخامسة من العمر. وبالرغم من أن الأب يذكر أن الطفل بدأ يمشي في سن مبكرة (سنة وشهرين) ويلاغي في 9 شهور.. إلا أن نموه اللغوي أخذ يتراجع.. مما جعله يبدأ بالكلام في سن 5 سنوات تقريبا.

الشكاوى

ختم الأب وصفه لابنه-بعد أن ذكر سلسلة طويلة من المشكلات التي يعانيها-بهذه العبارة: «لم أترك طبيبا نفسيا معروفا أو غير معروف إلا وذهبت له». وقد عدد للمعالج أسماء أطباء ومستشفيات وعيادات نفسية معروفة في مصر والسعودية.

وقرر أن مشكلات «مصعب» متعددة، وقد حاول المعالج بالتعاون معه أن يصوغها على النحو الآتي:

1- يستمر في تكرار كلمات بشكل دائم، ويكثر من تكرار السؤال نفسه حتى وإن كرر الأب له الإجابة نفسها عددا من المرات. فالابن يكرر عبارات مثل «أنت معصب يا بابا.. أنت معصب»؟ «أنت زعلان.. مني» ؟ «أنا كويس» «ما تقوليش كفاية».. يكرر كل عبارة أكثر من 30 مرة في المحادثة الواحدة.

2- يستجيب للمواقف بانفعال شديد وغضب. وبالرغم من أنه لا يضرب ولا يعتدي على أحد ولا يحطم، إلا أنه، عندما يغضب-من الأب مثلا-يندفع نحوه ويمسك يديه ويعوق حركته.

3- يخاف ويجزع من الحيوانات خاصة القطة التي تعيش في المنزل.

4- يجزع من أي جرح بسيط بالرغم من أنه لم يتعرض لإصابات من قبل.

5- تشتت الانتباه وعدم التركيز.

6- قليل الصبر، ومندفع في أفكاره.

7- لا يستطيع أن يقرر حتى في الأشياء الخاصة الصغرى.

8- يكره المدرسة.

9- يؤذي نفسه باللطم والخربشة.

10- التبول اللا إرادي ليلا.

عرض مصعب على قسم الطب النفسي بالمستشفى وذلك قبل أن يلتحق

المعالج بالعمل فيه. وتدل التقارير خلال الفترة السابقة على العلاج السلوكي على أن تشخيصات المريض امتدت إلى: تخلف عقلي، إفراط حركي، اضطرابات سلوكية، صعوبات في النطق والكلام، اضطراب في الانتباه والتركيز، وذهان طفولة.

وكان من نتيجة المشكلات التي عاناها الطفل أن مدرسة تحفيظ القرآن التي كان ملتحقا بها رفضت استمرار قبوله. وعندما حوله الطبيب النفسي إلى مدرسة للتعليم الخاص والتربية الفكرية رفضت المدرسة بدورها قبوله. فقد كانت نسبة ذكائه-على حسب المقاييس التي استخدمتها المدرسة-تضعه في فئة تخلف عقلي معتدل، وتتراوح بين 40: 45، بينما هي لا تقبل إلا من تكون نسبة الذكاء عندهم 50 على الأقل. فضلا عن هذا فقد أفادت المدرسة بأن «الطفل كشف-عند فحصه-عن وجود مخاوف مرضية شديدة وقلق وعدم استقرار كما يعاني حركة زائدة غير موجهة، ويحتاج إلى صبر وجهد كبيرين حتى يستجيب للمنبهات». ولهذا فهو يحتاج إلى علاج نفسي لضبط مشكلاته السلوكية قبل قبوله بالمدرسة

ونتيجة لهذا بقي الطفل في المنزل دون دراسة مع الاستمرار في زيارة عيادات الطب النفسي، على أمل أن يتحسن وتقبله مدرسة التربية الفكرية. وفي هذه الفترة بالذات أمكن للمعالج الحالي (ع. إبراهيم) أن يشترك في علاج الطفل.

المشكلات وأهداف العلاج

عندما جاء الأب مع الطفل، كان من الواضح أن هناك قلقا وتوترا شديدين عند كليهما. في خلال الجلسة الأولى تمت ملاحظة الطفل مع أبيه، وكان هناك نوع حاد من التوتر في العلاقة بينهما. فكلاهما أبدى قلقا حادا، وكان الأب-بشكل خاص-يعزف عن الاحتكاك البصري بابنه ويتحدث عنه وكأنه غير موجود دليلا على وجود درجة عالية من العزوف عن الاتصال الوجداني الإيجابي بالطفل.

أما الطفل نفسه، فقد كان ينظر إثر كل عبارة يتفوه بها إلى وجه الأب لكي يرى وقعها عليه، وكان يعدل ويبدل من إجاباته بناء على ما كان يقرأ في ملامح الأب ونظراته. وقد أبدى في ذلك مهارة شديدة إذ كان بين

الحين والآخر يقطع كلامه ليقول «أنت زعلان يا بابا.. أنا مبتكلمش كويس؟.. أنت معصب.. أنت معصب؟ أنت شكلك مش مبسوط مني.. مبسوط مني؟ مبسوط مني؟» وكان الأب يستجيب بالرد بعبارات مثل:

- أنا معصب بسبب تصرفاتك.
- أنا حابقى مبسوط منك.. لو بقيت كويس.
- أنا مش زعلان.. لكن متضايق من اللي بتعمله.

لقد اتسمت علاقة التفاعل بينهما باختصار بما يأتي:

1- الافتقار إلى الاتصال الوجداني بالطفل.

2- إثارة مشاعر الذنب وإشعار الطفل بأن ما يعانيه الأب (أو الأسرة) هو بسبب تصرفات «مصعب».

3- افتقار لغة التواصل إلى التحديد النوعي للمطلوب من الطفل أن يعلمه، والاكتفاء بعبارات عامة غير محددة في ذهنيهما «لما تبقى كويس» «انت عارف أنا زعلان ليه»؟

4- إن هذا النمط من الاتصال يخلق موقفا متسما بالضغط النفسي[1] ويخلق جوا أسريا عاما مشحونا بالتوتر[2] طوال الوقت، يستجيب له كلاهما بطريقة غير فعالة.

5- الطفل نفسه غير مدرب على إظهار الاستجابات التكيفية الملائمة في المواقف المشحونة بالتوتر. بعبارة أخرى فهو لا يحتمل معايشة التوتر أو الوسائل الغامضة خلال مواقف التفاعل مع الأسرة.

وقد أحس المعالج أن إضافة جزء خاص عن مشكلات التفاعل في داخل أسرة هذا الطفل تعتبر مطلبا حيويا من مطالب المعالج، فضلا عن المشكلات السابقة التي ذكرها الأب وذكرتها التقارير السابقة.

كذلك أحسسنا أن الهدف الرئيسي للعلاج يجب أن يتجه نحو العمل على إعادة «مصعب» للقبول بالمدرسة بأسرع ما يمكن. فبقاؤه في المنزل يشعر الأسرة والطفل كليهما بالفشل، ومثل هذا الشعور لا يخلق مناخا اجتماعيا إيجابيا صحيا. ومن ثم فقد تركزت أهداف العلاج على ما يلي:

1- خلق مناخ اجتماعي تفاعلي مطمئن للأسرة.

2- تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل، لأنها هي التي تعوقه عندما تطبق عليه المدرسة مقاييس الذكاء (حصل مصعب على نسبة ذكاء45 في مدرسة

التربية الفكرية، بينما دلت التقارير السابقة على أنه كان يحصل على نسبة ذكاء80٪، مما يدل على أن القلق والتوتر الاجتماعي للطفل في موقف الاختبار كانا مسؤولين إلى حد بعيد، إذ يدل على ذلك تقرير مدرسة التربية الفكرية والذي يؤكد عزوفه عن التعاون في تطبيق المقاييس المستخدمة).

3- إعطاؤه فرص للنجاح في أداء بعض الأعمال حتى ولو كانت صغيرة في داخل نطاق الأسرة.

الهدف القريب

1- التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه بنسبة 15٪ في الأسابيع الثلاثة الأولى. وقد عرفنا السلوك غير المرغوب فيه بأنه السلوك الدال على عدم الطمأنينة الانفعالية مثل: تكرار الكلام وتكرار الأسئلة، والإمساك بيد الأب وتعويق حركته.

2- إقامة علاقات اجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة. أي أن تزداد نسبة تفاعلاته الاجتماعية الإيجابية في الشهر الأول بنسبة 15٪.

وقد تحددت العلاقات الاجتماعية بقضاء وقت ملائم يوميا في مبادلة الأحاديث، اللعب المستقل، عدم الالتصاق الشديد بالأب أو الأم.

3- تناقص مخاوفه الاجتماعية وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع الأطفال الآخرين، أو الخروج معهم لأطول مدة ممكنة.

تحليل السلوك

طلبنا من الأب أن يلاحظ الطفل، وأن يسجل ملاحظاته باستخدام جداول الملاحظة وقائمة السوابق واللواحق. وفيما يلي بعض الملاحظات التي سجلها الأب والتي تعطي أمثلة لبعض الحوادث التي كانت تصدر عن الطفل، وكيف كان الأب أو الأسرة تستجيب لها.

الحادثة الأولى:

«أنا (الأب) مشغول بإعداد دواء لأخته. يدخل خلفي ويبدأ مباشرة «إنت مش زعلان مني» ويكرر ذلك بسرعة. وفي الوقت نفسه يمسك بيدي المشغولة في إعداد الدواء-(حيث لا يهمه إلا أن أرد عليه بكلمة «لا» لمرات حتى

يهدأ).

كيف استجاب الأب لذلك؟

كتب الأب الاستجابة التي حدثت نتيجة لهذا التصرف كالآتي:

«هذه المرة نهرته، حيث احتدت أعصابي لعدم إمكان إسكاته في مرة أو اثنتين. طلبت من أمه أخذه بعيدا حتى لا أفقد كامل أعصابي معه نظرا لأن الدواء بين يدي وأحاول إعطاءه لأخته. أمرته أمه أن ينصرف وعليه أن يهدأ وذلك بعد أن كنت أنا قد نهرته وأفهمته أني لن أجاوبه».

الحادثة الثانية:

«اليوم: مساء الأربعاء.. أولاد العمارة أسفل خرجوا ولعبوا جميعا في ساحة الدور» نزل مصعب وأخته الصغيرة. لكنه كان على جانب الدرج عازلا نفسه. لاحظه الأطفال الآخرون ومنهم من هو أصغر منه وأخذوا في معاكسته.. لكن خفت ردة الفعل عليه»».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«رغم خوفي من ردة الفعل عليه.. وملاحظتنا له سألته بتجاهل الأمر. وجدته متأثرا.. ويود أن يتكلم ولكن يخشى ذلك.. أسأله ماذا.. لكن لا يجيب.

دخلت في الموضوع سألته هل هو خائف من الصغار.. قال العكس. أخبرته أنه إذا أحد أذاه أن يرد له الأذى ولا يستسلم للخوف».

الحادثة الثالثة:

«معظم الأوقات يصمم على الذهاب معي للصلاة في المسجد القريب. ذهبنا لصلاة الجمعة. وأخذت في قراءة المصحف، وأعطيت له «قرآن».. حاول أن يقرأ بعض السور التي يعرفها حتى أذن المؤذن وبدأت الخطبة.

جلس مواجها من بعيد للخطيب الذي أخذ يحرك يديه بشدة أثناء الخطبة وبصوت عال محتد. وأخذ مصعب يضحك، وهو ينظر إلى من حوله ويحاول كتمان الضحك.. واستمر كذلك إلى نهاية الخطبة في ضحكات متقطعة يكتمها ويعود إليها».

كيف استجاب الأب لذلك؟:

«شعرت بأن ذلك ليس مناسبا، معظم الوقت حاولت أن أنهاه وأطلب ألا يكرر ذلك ولكن لا فائدة».

الحادثة الرابعة:

«في مشوار بالسيارة.. أخذ في ترديد بعض الكلمات وأنا أقود السيارة وأنا أقول له بس لحسن يحصل حادث. ولكنه استمر يكرر بعدها: «مش حتعمل حادث؟ أنت معصب، لا تعصب. أنت مش معصب يا بابا.. جاوبني أنت مش زعلان مني.. ثاني مرة مش راح أعيد الكلام أنا ما أعيد الكلام».

كيف استجاب الأب لذلك؟:

«كنت احتقن غيظا.. ولاحظ أنني أحتقن غيظا فكرر بتوتر الكلمات نفسها.. وكلما أنهره يزيد».

الحادثة الخامسة:

«اتصل تليفونيا بنا صديق من الخارج، لما رفعت السماعة تقدم مني وأخذ يكلمني مقاطعا بشدة.. وهو يعرف هذا الصديق».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«نهرته وأنا أحاول أن أركز على المكالمة.. وأشرت له أن يسكت، زاد توتره وأخذ يكرر: «بابا معصب.. بابا زعلان.. أفهمته أنه يجب أن يسكت».

نكتفي بالحوادث الخمس السابقة لأنها تمثل جيدا طبيعة المشكلات التي يعانيها الطفل والأسرة، ولأنها تكشف لنا عن الأخطاء السلوكية التي ترتكبها الأسرة في الاستجابة للطفل. ومنها نلاحظ أن:

1- سلوك الطفل هو تكرار الكلمات.. وعادة ما يستجيب له الأب والأم كلاهما بالانتباه السلبي.. أي الغضب، احتقان الوجه، الأمر بالسكوت.

2- سلوك الطفل يتزايد ولا يتوقف نتيجة للانتباه السلبي.

3- التكرار وسلوك الطفل الذي تشكو منه الأسرة يحدث عادة في المواقف شبه الرسمية أو الدينية.. حيث تكون الأسرة (في العادة الأب) مشغولة عنه.

4- أحيانا يستجيب الأب للأمر بالتجاهل.. لكنه عادة يتجاهل الطفل وليس السلوك الخاطئ فحسب. وحتى في هذا التجاهل عادة ما ينظر إلى الابن بغيظ أو كما عبر في إحدى المرات «أضغط على أسناني أو شفتي».

بعبارة أخرى، كشف لنا تحليل السلوك أن جوانب السلوك اللا تكيفي التي تصدر عن الطفل (بما فيها التكرار، والقلق وإيذاء الأخت، والضحك في أماكن غير ملائمة، وتعويق حركات يد الأب) تسبقها دائما ثلاثة عوامل:

أ- الحاجة للانتباه والاستحواذ على اهتمام الأسرة، أي عندما يكون الأب أو الأم مشغولين عنه بأمر مهم.

ب- عندما يمثل الموقف ضغطا على الطفل. أي عندما يتطلب الأمر منه القيام بواجبات اجتماعية أو أكاديمية محددة (في أوقات الصلاة، وأماكن العبادة والمدرسة).

جـ- عندما يتضمن الموقف نتائج غير سارة. أي في ظل مواقف التهديد وإعطاء الأوامر والنهي واللوم والتخويف.

لقد كان واضحا أن «مصعب» عندما كان يواجه موقفا من المواقف الثلاثة السابقة كان يدخل في حلقات متشابكة من السلوك غير المرغوب فيه، بما فيها إبداء الخوف بشكل طفلي، وتكرار الأسئلة على نحو مغيظ،، أو تعويق حركات الأب. وفي مثل هذه الأحوال كان الأب ينهره، ثم يزداد انفعاله فيضربه، وبعدها بقليل-وبتأثير مشاعر الندم والذنب-يغير الأب اتجاهه العقابي ليلاعبه أو يصحبه للخروج أو غير ذلك من مظاهر الانتباه. لقد تعلم «مصعب» أن سلوكه السلبي ومخاوفه تعطيه في النهاية نتيجة إيجابية وهي الانتباه والتدعيم ومن ثم فقد ساعدتنا هذه الملاحظات على وضع الخطة التالية:

خطة العلاج:

لقد تركزت خطة العلاج بحيث يكون هدفها الرئيسي خلق جو أسري مطمئن وخال من التوتر الحاد الذي كان من الواضح أنه يعوق التواصل الوجداني مع الطفل. لقد شعرنا أن خلق جو اجتماعي قائم على الثقة والتفاهم بين الطرفين سيمكن الأسرة من بذل كل الجهد للتقليل من المخاوف والتوترات التي يشعر بها الطفل والتي أدت من قبل إلى فشله في الاختبارات التي أعدتها المدرسة لقبوله. ومثل هذا المناخ سيساعد الطفل أيضا على قبول التوجهات الإيجابية ومن ثم سيتمكن من تطوير إمكاناته بحيث يلتحق بالمدرسة بأسرع صورة ممكنة. لقد رسمنا هدف العلاج على أساس العودة السريعة للمدرسة بكل ما يتطلبه ذلك من التخلص من القلق والتوتر، فضلا عن تنظيم التفكير والجهد. واعتقدنا أن كل ذلك يجب أن يبدأ من داخل الأسرة. وبالذات من خلال تحسين أنماط التفاعل باستخدام منهج للتعليم

السلوكي وفق النقاط التالية:

أ- إقامة رابطة وعلاقة مع الطفل.

ب- استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها.

جـ- التعامل مع المشكلات عند ظهورها.

أ- إقامة رابطة وعلاقة مساندة مع الطفل:

1- يمد الأب والأم الطفل برصيد مستمر من الامتداح والإعجاب في حالة إسهامه في أي نشاط إيجابي، حتى وإن ظهر السلوك غير المرغوب فيه في الوقت نفسه.

2- يتجاهل الجميع السلوك السلبي مادام أنه لا يوجد خطر ظاهري منه على الأسرة أو على الطفل، مع الانتباه لأي مظاهر إيجابية حتى وإن كانت مجرد التوقف عن السلوك السلبي.

3- يحافظ الأبوان على نبرات صوت هادئة ودافئة، وتعبيرات وجه ودودة، واحتكاك بصري ودي مع التربيت على الجسم (بما في ذلك التربيت على الكتف أو الظهر بين الحين والآخر). ومن ثم فقد طلبنا من الأب أن يتوقف تماما عن إظهار علامات الامتعاض، أو النظر للطفل بشك أو تأنيب وذلك لتدعيم وخلق علاقة متبادلة ومطمئنة بين الطرفين.

4- يشجع الجميع أي محاولة تصدر من الطفل للتواصل أو الحديث حتى وإن أدى ذلك إلى توقف الأب أو الأم عن أداء عمل مهم. فمثلا، إذا حاول «مصعب» مبادلة الحديث والأب يقود السيارة فقد طلبنا من الأب أن يتوقف عن نهره أو يقول له «كفى أو توقف أو عيب أو أنت كررت السؤال قبل ذلك.. إلخ»، بل أن ينظر إليه بود، وابتسام، وأن يجيبه باختصار. فإن توقف عن ذلك فهذا جيد، أما إذا تطرق إلى حديث آخر فاستمر في إدارة الحوار الهادئ والنظرة الودية. ولكن إذا وجدت أن الطفل قد بدأ يتصرف بطريقة خطرة، أو حاول أن يمسك مثلا بعجلة توجيه القيادة مما يشكل خطرا على قيادة السيارة، فقف على جانب الطريق، واستمر في حوارك معه، واسمح له-والسيارة واقفة-بأن يدير عجلة القيادة وأن يختبرها لوقت كاف، حتى تشعر أن فضوله لذلك قد أشبع قبل أن تستأنف السير.. وهكذا.

5- طلب من الأبوين ملء وقته بنشاطات متعددة ومحددة وقصيرة،

يستطيع دائما أداءها بنجاح. ويمكن لهذه النشاطات أن تمتد لتشمل تفاعلات اجتماعية (يتعاون مع الأب مثلا في ترتيب الأثاث، أو قص بعض المقالات من الجرائد والمجلات) أو إسهامات روتينية (كنس، تنظيف طفايات السجائر وتفريغها، ترتيب الحجرة..) أو نشاطات تعليمية (قص ولزق، رسم، إعادة قصة أو حادثة سبق وأن شاهدها في الطريق مع الأب مثلا.. إلخ). وقد قام المعالج بالتعاون مع الأب بإعداد قائمة بهذه النشاطات روعي فيها أن تكون سهلة وممكنة الأداء.. وقد أطلقنا على هذه القائمة اسم قائمة النشاط الإثابي، أي النشاط الذي ينتهي بإثابة الطفل لسهولته، أو لأنه يخلق فرصة لتدعيم الطفل وإثابته اجتماعيا من قبل الأسرة عند أدائه. فضلا عن أنه يعطي الطفل فرصة لتحقيق بعض المكاسب وتذوق طعم النجاح، ومن ثم الحصول على تدعيم اجتماعي في ظروف مقبولة.

6- طلب من الأبوين كذلك عقد لقاء أسري من 4 إلى 5 مرات أسبوعيا مدته نصف ساعة يلتقي فيها الطفل مع بقية أفراد الأسرة لتبادل المكافآت. وقد طلبنا من الأبوين أن يتجنبا خلال هذا الاجتماع النقد أو السخرية أو إعطاءه قائمة بالأخطاء التي قام بها. بل طلب منهما عكس ذلك وهو التركيز على النواحي الإيجابية مع تقديم قائمة للطفل بالأشياء الإيجابية التي قام بها خلال الفترة السابقة.

7- عندما يكون الطفل منهمكا في نشاط تعليمي بنفسه أو مع الأسرة فقد نصحناهم باستخدام أسلوب التعليم في صمت، أي التوقف عن التدعيم الإيجابي (المدح) أو العقاب (النقد) مادام أنه منهمك في نشاط معين. لقد تبين لنا من خلال ملاحظة الطفل أن التكرار والالتصاق بالوالدين كانا نتيجتين واضحتين لعدم الاتساق والتخبط في الاتصال اللفظي بالطفل. وفي مثل هذا النوع من العلاقات تفقد الكلمات معناها وتفقد قوتها التدعيمية، فضلا عن هذا فقد اكتشفنا أن كثيرا من أنماط الاتصال اللغوي بين الطفل «مصعب»وأبيه كان من عوامل تهييج الطفل وإثارة توقعاته السلبية والتركيز على الحصول على انتباه الأب أكثر من التركيز على النشاط نفسه. وفي مواقف كثيرة كانت اللغة والاتصال بالطفل تتحولان إلى طلبات وأوامر وإلحاحات ثم تنقلب إلى تهديد ثم مواجهة. ولهذا فقد كان التعليم الصامت في مواقف النشاط بديلا للكثير من الأخطاء اللفظية في الاتصال

والتعامل بالطفل.

ب- استباق مواقف التوتر:

بيّن تحليل سلوك الطفل أن المشكلات تثور بشكل حاد في المواقف الطارئة، أو الجادة، وعندما تكون الأسرة مهتمة بشخص أو ظرف آخر. ولهذا فقد شملت الخطة تشجيع الأسرة على:

1- التمهيد بالحديث معه قبل الدخول في مثل هذه المواقف. مثلا، يطلب منه أداء عمل ما ويقال له «سأقوم الآن بالاتصال بالتليفون لفترة 10 دقائق.. فعليك إنهاء هذا العمل خلال ذلك».

2- إبلاغه مقدما بما سيحدث وما نتوقع منه خلال الموقف القادم مثلا: «سنقود السيارة الآن وسنعود للمنزل فهل هناك شيء توده قبل أن نبدأ رحلتنا».

3- إعطائه فرصة للاختيار ومشاركته في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه المواقف:

«سأعد الدواء الآن لأختك.. فهل تود أن تأتي معي أو تفضل أن تبقى أمام التليفزيون».

جـ- المعالجة الملطفة للمشكلات غير المرغوب فيها عند حدوثها:

بالرغم من البرنامج الذي شرحناه فإننا نتوقع حدوث مواقف من شأنها أن تثير السلوك غير المرغوب فيه: القلق.. التكرار.. تعويق حركات الأب: النشاط الزائد.. أو الاستثارة في أوقات غير ملائمة. في مثل هذه المواقف طلبنا من الأبوين اتباع خطوات أخرى منها:

1- تجاهل السلوك السلبي ولكن لا تتجاهل الطفل.

2- غير موضوع التفاعل أو وجه انتباهه لنشاط آخر.

3- استمر في عملية تغيير الموضوع والنشاط الجديد.

4- دعم وكافئ الطفل إذا نجح معه أسلوب تغيير الموضوع واندمج في أي نشاط بديل.

5- حافظ على تعبيرات وجهك واحتكاك بصري متسم بالود (يعني تجنب الامتعاض، أو النظرات الحادة، أو الصوت المحتد أو العالي..)

6- زود تدريجيا تفاعلك بالطفل للمحافظة على استمرار الرابطة والعلاقة الودية به.

النتائج

أما عن التحسن في سلوك المريض فقد كان واضحا للغاية. إذ تحقق الهدف الرئيسي بعد انتهاء الإجازة الصيفية. فقد أعيد اختباره في مدرسة التربية الفكرية وساعده انخفاض درجة قلقه على أداء مقاييس الذكاء بنجاح، فقبل بهذه المدرسة، ولا يزال بها بعد تتبع لمدة عامين.

فضلا عن هذا أكد الأب وجود تغيرات إيجابية إضافية في سلوك الطفل. وعدد الأب هذه التغيرات في النقاط الآتية:

1- قلت عمليات الإمساك بي وتعويق الحركة (الأب) أثناء الكلام.

2- تكرار الكلمات قلّ بوضوح، وإن كان أحيانا يكرر كلمات مثل «أنت زعلان مني ما تزعلش» إلا أن تكراره لها ليس بالمقدار نفسه.

3- يشغل نفسه أحيانا بامتطاء البسكليتة واللعب بها ساعة أو ساعتين.

4- يحاول أن يتصرف ويعتمد على نفسه إلى حد ما.

5- يطب المساعدة في الوقت الملائم ولهدف محدد. (مثلا رفع كرسي دراجته).

6- يستخدم التليفون ليطلب أخته التي تعيش في مكان آخر.

7- يرد على التليفون ويأخذ رسالة. وإذا عرف الشخص يتكلم معه ويحاول أن يخلق مواضيع للحديث.

كما أكد الطبيب النفسي الذي كان يراه في مواعيد متقطعة أنه «قد تحسن كثيرا».

وبالرغم من أننا مازلنا نرى الأسرة ومازال الطفل يراجعنا لأسباب أخرى للمحافظة على هذه الإنجازات العلاجية.. فإن الهدف الرئيسي لخطة العلاج السلوكي قد تحقق بالكامل. وفي هذا الإنجاز دليل ساطع على إمكان الاستفادة من هذه الخطة العلاجية في البيئة العربية، وفي أشد أنواع الاضطرابات السلوكية والعقلية حدة.

هوامش الباب الرابع

الفصل السادس عشر

(1) Attention difficulties

(2) إذا لم يكن جهاز التسجيل متاحا فيمكن بالطبع أن تتلو عليها التمرينات المطلوبة بحسب المطلوب في التدريب.

الفصل الثامن عشر

(1) Differential reinforcement of low rates of swearing (DRL)، وينطوي هذا الأسلوب عموما على تقديم المدعم كلما مرت فترة معينة من دون حدوث السلوك المحوري، ثم زيادة طول هذه الفترة تدريجيا قبل تقديم المدعم إلى أن يختفي السلوك تقريبا.

الفصل الحادي والعشرون

(1) Animal Phobia

الفصل الثاني والعشرون

(1) Time out

الفصل الرابع والعشرون

(1) Nocturnal Enuresis

(2) Operant learning

(3) النسخة العربية من مقياس «زكرمان وليوبن» (Zuckerman & Lubin) والمترجم إلى العربية بعنوان «قائمة تحليل الصفات والمشاعر»، وهو يسمح بتقدير مستوى القلق والاكتئاب والعداوة (Ibrahim 1990,).

(4) بالرغم من أن طريقة التدعيم باستخدام النجوم أمر قد لا يتناسب مع الكبار، فإن نجاح هذا الأسلوب في الحالة الراهنة وغيرها مرتبط بقابلية المريض لذلك ومستواه التعليمي والثقافي والاقتصادي. ونشجع من ناحيتنا على ضرورة أن يكون المعالج على وعي كبير باحتياجات المريض أثناء علاجه بطريقة التدعيم. وقد أشرنا في موقع سابق إلى أن قيمة المدعم تتوقف على كثير من العوامل الشخصية والحضارية، وإلا بدت المدعمات مصطنعة وقليلة الفاعلية في تعديل السلوك.

الفصل الخامس والعشرون

(1) Stress

(2) Tension.

الباب الخامس

إيقاعات النمو وطباع الشخصية

مقدمة الباب الخامس

«وكل طريق أتاه الفتى
على قدر الرجل فيه الخطى»

المتنبي

«إن الإنسان ليس حيوانا متعقلا، إنه
قادر على التعقل فحسب»

جوناثان سويفت

حذرنا في موقف سابق (الفصل الأول) من التعجل في وصف سلوك طفل معين بالشذوذ أو المرض. إذ إن كثيرا من الشكاوى عن تصرفات الأطفال التي يجهر بها الآباء أو المشرفون على رعايتهم، بما فيها العدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والتبول اللا إرادي، واضطرابات النوم، قد تكون سمات من سمات النمو الرئيسية. وتفترض البديهة الاجتماعية والحس الذكي-ويتفقان في ذلك مع توجيهات علماء النفس-أن نتجه في مثل هذه الحالات إلى تشجيع هذه الجوانب السلوكية إلى أن يتخطاها الطفل إلى المراحل التالية بنجاح.

وهدفنا هنا هو أن نطلع القارئ على بعض قوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه التمييز في سلوك الأطفال بين ذلك الذي تفترضه متطلبات النمو، وذلك الذي يمكن وصفه بالمرض أو الشذوذ.

26

الفصل السادس والعشرون
النمو والتغير في السلوك

الحب والنوايا الطيبة وحدهما لا يخلقان طفلا صحيحا وآباء ناجحين. فهناك جوانب أخرى في نمو الطفل، ينبغي أن يلم بها الآباء والمعلمون إذ من شأنها أن ترشد نوايانا الطيبة وحبنا للطفل حتى نعامله بصورة أكثر فاعلية. ولعل أهم ثلاثة أشياء ينبغي معرفتها عند التعامل مع الطفل هي ما يأتي:

1- إن السلوك الإنساني عموما-بما فيه سلوك الطفل-يتطور وينمو في مراحل ودورات. صحيح أن هذه المراحل قد تتداخل فيما بينها من خلاله فترات انتقال بين كل مرحلة والمرحلة التي تليها، لكن السلوك بشكل عام ينبثق على فترات. ولهذا فمن الممكن التنبؤ به ومن ثم الإعداد له بما يلزم لمزيد من الصحة والتطور. بعبارة أخرى، ومع اتفاقنا على أن سلوك الطفل في المستقبل سيكون مرتبطا بطريقة ما بما يلقاه من رعاية أو إهمال أو تعامل أبوي، فإن أساسيات سلوك الطفل تعتمد في نموها وتطورها على جوانب أخرى ثابتة من النمو.

2- السلوك الإنساني-في كثير من أجزائه-يعتمد على عوامل بنائية، ومعنى هذا، أن الطفل يتصرف

ويسلك هذه الطريقة أو تلك بسبب بنائه البدني واستعداداته الجسمانية.

3- ينبغي التنبه دائما إلى مرحلة النمو التي يعيش فيها الطفل وذلك قبل القفز بالحكم على سلوكه بالمرض مثلا. وقد بين «جيزيل» Gesell-منذ فترة طويلة-أن البدء بتدريب الطفل مبكرا على أداء نشاط معين وقبل أن يكون مستعدا من ناحية النضج العضلي والمهارات الأساسية قد تكون له نتائج سلبية، وضرره يكون أكثر مما لو لم نقم به على الإطلاق.

4- النمو لا يسير بطريقة مستقيمة ولكنه يأخذ أحيانا شكلا حلزونيا. صحيح أنك تتوقع نضجا أكثر كلما نما الطفل وتقدم في العمر، لكن هذه القاعدة ليست صحيحة على إطلاقها. فالتقدم والنضج يسيران أحيانا بشكل دورات تفصل بينها مراحل من عدم النضج والسلوك الطفلي سبق للطفل أن مر بها من قبل. فمثلا تكشف بعض الدراسات المحكمة عن سلوك الأطفال في السنوات العشر الأولى من العمر، وأيدتها في ذلك دراسات أخرى عن الأطفال حتى سن السادسة عشرة، أن السلوك يتطور في شكل دورات، تحدث الدورة الأولى بين سن الثانية والخامسة وتتكرر نفس الدورة بين سن الخامسة والعاشرة، وتحدث الدورة نفسها مرة أخرى بين سن العاشرة والسادسة عشرة (Llge, Ames, & Baker 1982,).

وهذا يشير إلى أن الحكم على طفل بعدم النضج أو المرض أمر ينبغي الحذر منه ليس فقط في الأعمار الصغرى بل حتى سن السادسة عشرة.

والمتفق عليه عموما أن الطفل في الأعمار 2, 3, 5, 5, 6, 10, 12، يكون أسهل قيادا وتوازنا من الطفل في سن ,5 2, ,5 5, 9, 11, 15. فالطفل في الفئات العمرية الأخيرة يتميز بسلوك أصعب، وأكثر تعثرا واختلالا من السلوك في الفئات العمرية الأخرى.

ومن ثم نجد انتشارا أكثر للمخاوف المرضية والقلق والاضطرابات العصابية في الأعمار ,5 5 و9 و11و15، إلا أنه لا يعني ذلك القبول بهذه الاضطرابات في هذه المراحل كما سنرى.

اعتبارات أخرى:

إن القبول بمراحل النمو لا يعني أن كل الأطفال سيمرون بنفس التغيرات العضوية في الوقت نفسه، وبنفس القوة. صحيح أن الغالبية العظمى من

الأطفال العاديين ستتماثل في السلوك الانفعالي أو الاجتماعي عند الدخول في مرحلة من مراحل النمو، لكن هناك-بالطبع-أطفالا سيتأخر دخولهم مرحلة معينة، وآخرين يسبقون غيرهم في دخول تلك المرحلة. لهذا فإن الاختلافات بين الأطفال في العمر الواحد أمر ينبغي توقعه وينبغي حسابه.

إذن فإن الأهم هو الترتيب الذي تمر فيه مراحل النمو وليس التحديد الدقيق للعمر المناسب للدخول لهذه المرحلة أو تلك.

والانتقال من مرحلة إلى أخرى يعني أن سلوك الطفل قد ينقلب إلى ضده. فالطفل في سن الخامسة مثلا قد يبدي تعلقا شديدا بأمه فيتبعها كالظل أينما تذهب، ولكنه في السادسة يدخل في مرحلة امتداد اجتماعي، فلا تراه الأم لأنه في غالبية الوقت إما خارج المنزل أو مع أصحابه، أو يكون مستغرقا في اكتشاف شيء جديد في المنزل أو في الخارج. ويتطلب التوازن في النمو ألا نسمح بالتحكم الكامل لأحد الميول بسلوك الطفل، بل أن يوجه الطفل للتكامل بين اتجاه وآخر، كالتعلق والانفصال عن الأسرة مثلا، لأن القبول بغلبة أي ميل سيكون تخليا عن إحدى نواحي التكامل الصحي والنمو السليم.

وينبغي أيضا أن نتذكر أن لكل مرحلة من مراحل النمو إيجابياتها وسلبياتها. لكن يجب أن نتذكر أن هذه الإيجابيات أو تلك السلبيات ينبغي تقويمها في ضوء متطلبات المرحلة ذاتها، وليس حسب قيمنا أو متطلباتنا الشخصية. بعبارة أخرى، فإنه ينبغي تقويم خصائص كل مرحلة بالمقارنة بالغالبية العظمى من الأطفال العاديين. مثال: الطفل في سن 5 ,5 إلى 6 قد يكون أكثر تمردا وعدوانية وإلحاحا وأنانية من الطفل في سن 7 الذي يتميز بدوره بالتقلب الوجداني والتذمر والتعبير عن عدم السعادة. وإذا كان الطفل من النوع الأول (من سن 5 ,5 إلى 6 سنوات) يسهل توجيهه إيجابيا بحيث يكون أقل أنانية وأكثر تحمسا وجرأة وحبا للحياة، فإنه يصعب توجيهه بحيث يكون أكثر قدرة على الانضباط والتأني وإعمال التفكير كما هي الحال في طفل السابعة الذي يسهل ببعض التوجيه اكتسابه هذه الإيجابيات.

تغيرات سلوكية وليست اضطرابات:

تتعلق الغالبية العظمى من شكاوى الآباء والأمهات بالسلوك الاجتماعي

والانفعالي والفكري لأطفالهم. ولأن هذه الشكاوى تكون شيئا متوقعا نتيجة للنمو فإنه لا ينبغي لنا وصفها بالاضطراب، بل على أنها تغيرات سلوكية. وليس معنى ذلك أنه لا ينبغي الاهتمام بهذه الشكاوى، أو النظر إليها على أنها مشكلات نمو ومن ثم فإن التحسن آت ولا داعي للانزعاج أو عمل شيء إزاءها. ليس ذلك هو ما نعنيه، بل إن ما نريد تأكيده هو أن من القصور العلمي ألا يعرف المهتمون بصحة الطفل احتياجات نموه وطبيعته فينصرفون إلى التبرم ووضع مسؤولية مصاعب الطفل كاملة على الأبوين.

إن معرفتنا بما سيحدث أو ما لا يحدث من تغيرات لا يعني تحريرنا من المسؤولية تماما إزاءها بقدر ما يعني إدراكنا ما يتناسب مع النمو، بحيث تكون حلولنا أكثر واقعية وملاءمة. كما أن هذه المعرفة تعني تحريرنا من مشاعر الذنب أو وقع المفاجأة عندما نتعامل مع مشكلات الطفل. ثم إن هذه المعرفة بمراحل النمو ومتطلباتها وخصائصها تقودنا إلى رسم خطط للعلاج مرتبطة بالنمو وملتحمة به. وتقودنا هذه المعرفة في أحيان كثيرة إلى التسلح بالصبر إلى أن حجم تجاوز العاصفة بأقل خسائر ممكنة.

وسنعرض في الفصلين التاليين أهم المشكلات السلوكية التي ينبغي أن نحسب حساب عامل النمو في التخطيط لعلاجها أو التفكير في هذا العلاج على الإطلاق.

27 تغيرات في النمو أمثلة ونماذج

أ- مشكلات الأكل والطعام

هناك ثلاث مشكلات رئيسية ترتبط بسلوك الأكل والطعام لدى الطفل هي:

1- رفض الأكل والعزوف عن الطعام.

2- النهم والجشع في الأكل.

3- مشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيؤ والتجشؤ و تأخر الانفطام و الإصرار على الأطعمة المسلية السريعة وعدم القبول بالأكل الذي تتوافر فيه شروط الصحة والغذاء الجيد.

ومن بين هذه المشكلات الثلاث نجد أن مشكلة الشهية للطعام هي من المشكلات الرئيسية التي تثير جزء كثير من الأسر. وعلى حسب ملاحظات خبراء النمو، فإن شهية الطفل للطعام تقل عموما بين السنة الثانية والسنة الثالثة من العمر. ولبدأ الشهية في الاعتدال بدخول السنة الثالثة، وتمتد الشهية للأكل حتى تشمل أنواعا من الطعام كان يرفضها الطفل من قبل. ولكن الشهية تدخل في مرحلة تناقص جديدة في السنة الرابعة، فضلا

عن أن الطفل في هذه السنة قد يرفض أنواعا من الطعام كان قد سبق له أن قبلها وأحبها. وتتحسن الشهية من جديد في الفترة من 5، 4 إلى 5 سنوات، ثم تبدأ في الاعتدال وتستمر على ذلك حتى سن 8 سنوات.

وبالرغم من أن الفترة من 5، 4 حتى 8 سنوات تشهد تطورا طيبا وشهية جيدة للأكل، فإن الطفل في سن 6 قد تسهل إثارة قرفه أو اشمئزازه من أنواع معينة من الأكل لمجرد لونها أو ملمسها أو لأنه يرى أحد أطفال الأسرة الصغار يتعاطاها بطريقة تثير اشمئزازه.

وتتزايد الشهية بعد ذلك لدرجة كبيرة، مما يثير قلق الأسرة، خاصة عندما يكون الطفل في سن 12. ففي هذا السن يبدو الطفل كما لو كان يمتلك معدة لا تمتلئ. لكن عملية الضبط تبدأ في سن 13 سنة وتنتظم عادات الأكل الأخرى بصورة أفضل فيبدو الطفل أكثر انضباطا.

ويتفاوت الأطفال فيما بينهم في سلوك الأكل بحسب الطبيعة المزاجية وبناء الشخصية. فبعضهم يعيش ليأكل. فالطفل الممتلئ المستدير هو من هذا النوع الذي لا يشكو فقدان الشهية.

ولكن هناك بعض الأطفال من النوع النحيف الضئيل الذين لا يفكرون في الأكل إلا نادرا، وهم عادة يجوعون فجأة وتمتلئ معداتهم بسرعة. ولهذا ينصح أطباء الأطفال أن تكون وجباتهم متعددة، وألا تقتصر على الوجبات الثلاث الرئيسية. وإذا ألححنا على مثل هذا النوع من الأطفال في الأكل فإنهم عادة ما سيزداد عزوفهم عنه، وقد يتقيأ الواحد منهم إذا كان الإلحاح قويا. ولحسن الحظ، فإن هذا النوع الأخير من الأطفال أكثر نشاطا، وأكثر صحة من النوع الممتلئ الذي يكثر من الأكل، هذا بالرغم من أن وزنهم يبقى دائما أقل.

وعموما، فإن هناك اعتبارات سلوكية ينبغي الانتباه لها عند التعامل مع مشكلات الشهية والطعام هي:

1- تقديم الطعام بصورة جذابة.

2- تقديم الطعام بكميات قليلة.

3- تقديم الطعام ووضعه على المائدة دون تعليق أو إلحاح.

4- عدم التركيز على كمية الطعام التي ينبغي أكلها، فمثل هذا التركيز سيؤدي إلى عزوف الطفل ذي الشهية الضعيفة عن الاستمرار في الأكل.

5- العزوف عن بعض أنواع الطعام قد يكون نتيجة لأسباب صحية غير معروفة كالحساسية، وما تسببه من عدم راحة. ولهذا تأتي أهمية الفحص الطبي للطفل الذي لا يأكل كثيرا.

6- المحافظة على اتجاه ثابت، وعدم إبداء القلق أو المخاوف الشديدة تجاه سلوك الإقلال من الطعام. فلا شيء يثير عزوف الطفل وهروبه من الأكل أكثر من الجزء الذي تبديه الأم على طفلها وإلحاحها على إكمال كمية كبيرة من الأكل.

7- تذكر أن الطعام من مباهج الحياة للطفل وللبالغين، فلا تفسده عليهم بالإلحاح والضغط.

ب-مشكلات الإخراج والتخلص من الفضلات

من الدروس الرئيسية في النمو أن تدريب الطفل مبكرا جدا على التبول الملائم لا ينجح، ليس لأن الطفل مضطرب، أو لا يمتلك إرادة وقوة كافيتين له على ذلك، إنما لسبب بسيط هو عدم النضج في الوصلات العصبية[1]، وأن هذه الوصلات تنضج عند بعض الأطفال أسرع من البعض الآخر.

ولهذا فإن التدريب على التبول لا يحدث بنجاح عادة قبل سن 2 أو 2,5 سنة. وقد ينجح بعض الأطفال في ضبط المثانة في هذه الفترة دون محاولات تدريب سابقة من الأسرة، والفتيات عادة ينجحن أسرع من الذكور في التدرب على ذلك.

ولكن يجب ألا نشعر بالجزع وخيبة الأمل إذا تأخر الطفل عن ذلك نظرا لأن هناك فروقا فردية كثيرة بين الأطفال في ضبط المثانة. بل قد يتأخر بعضهم حتى سن 6 أو 7. وعموما، فإنه لا يوجد بالضرورة لدى الأطفال الذين يتأخرون في ذلك ما يدل على اضطرابهم الاجتماعي أو الانفعالي، كما يخشى الآباء وكما تروج لذلك بعض النظريات التحليلية المبكرة في علم النفس. فهناك أطفال يتكلمون أسرع مما يمشون، وهناك أطفال يتدربون بسرعة شديدة على ضبط المثانة لكن سلوكهم الاجتماعي قد يتأخر تطوره، والأطفال الذين يتأخر تدريبهم على التبول قد يكون نموهم سريعا وملائما في كل الجوانب الاجتماعية والانفعالية الأخرى (Lige, Ames, & Baker 1981).

جـ-مخاوف لكل عمر

تمر في حياة كل طفل مواقف أو خبرات تثير مخاوفه وجزعه. وقد تتحول هذه إلى مخاوف دائمة. ويجب علينا كآباء وأمهات أن نساعد أطفالنا ونحميهم من الخبرات المفاجئة والمواقف المخيفة.

ولكن هناك مخاوف لا نستطيع أن نحميهم منها دائما، لأنها تأتي مصاحبة للنمو، ولكنها قد تختفي من تلقاء نفسها. صحيح أن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى استجابتهم لهذه المخاوف، لكن لكل مرحلة عمرية مخاوفها الخاصة. وتوضح الأبحاث أن مخاوف الطفل في سن الثانية تختلف عن مخاوفه في سن الثانية والنصف أو الرابعة مثلا. ويوضح الجدول (رقم 8) بيانا بالمخاوف الشائعة في كل عمر والتي نشعر أن ذكرها يعطي المعالج والأبوين كلاهما أرضية ملائمة للتعامل مع مخاوف كل عمر، وتمدهم ببعض البصيرة والحكمة في مساعدة الطفل وتدبيره.

ويتضح من الجدول اللاحق (8) أن لكل مرحلة مخاوفها، وأن مخاوف محددة تظهر في فترة وتختفي لتظهر في فترة أخرى.

كذلك فإن مخاوف الأطفال ليست جميعها شيئا سيئا فهي تعلمهم الحذر وحساب المخاطر.. والإعداد للأزمات الطارئة، وتجنب الدخول في مواقف قد تكون خطرة على سلامة الواحد منهم أو منهن.

جدول (8)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

العمر	نوع المخاوف
عامان	مخاوف متعددة منها **مخاوف سمعية** مثل الخوف من : القاطرات، الرعد، الناقلات الضخمة، المكانس الكهربائية. **مخاوف بصرية:** الألوان القاتمة، المجسمات الضخمة. **مخاوف مكانية:** لعب أو عرائس متحركة، الانتقال لبيت جديد. **مخاوف شخصية:** انفصال عن الأم وقت النوم – خروج الأم أو مغادرتها المترل – المطر والرياح. **مخاوف مرتبطة بالحيوانات:** خاصة الحيوانات الوحشية.
2,5 سنة	**مخاوف مكانية:** الخوف من الحركة أو الخوف من تحريك بعض الموضوعات مخاوف من **الأحجام الضخمة** خاصة الناقلات.
3 سنوات	**مخاوف بصرية:** المسنون – الأقنعة – الظلام – حيوانات – رجال الشرطة – اللصوص. مغادرة الأم أو الأب المترل خاصة ليلا.
4 سنوات	**مخاوف سمعية**، خاصة الماكينات الظلام – الحيوانات البرية – مغادرة الأم المترل خاصة بالليل.
5 سنوات	فترة خالية نسبيا من المخاوف. ولكن المخاوف إن وجدت تكون **ملموسة وواقعية** كالخوف من الإيذاء و الشرار والاختطاف، والكلاب، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمترل.
6 سنوات	فترة تزايد في المخاوف . . تأخذ أشكالا مختلفة **مخاوف سمعية:** جرس الباب – التليفون – الأصوات المخيفة – أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور. **مخاوف خرافية:** الأشباح والعفاريت – الساحرات – الخوف من اختباء أحد في المترل أو تحت المخدع. **مخاوف مكانية:** الخوف من الضياع أو الفقدان – الخوف من الغابات

تابع جدول (8)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

العمر	نوع المخاوف
6 سنوات	والأماكن الموحشة. الخوف من بعض العناصر الطبيعية: الخوف من النار – الماء – الرعد – البرق – الخوف من النوم المنفرد – البقاء في المترل أو في حجرة – الخوف من ألا يجد الأم بعد العودة لمترله، أو أن يحدث لها أذى، أو أن تموت. الخوف من أن **يعتدي عليه** أحد بالضرب – الخوف من الجروح والدم – والتريف.
7 سنوات	تستمر المخاوف في الانتشار لتشمل: **مخاوف بصرية**: الظلام – الممرات الضيقة – الأقبية – تفسير الظلام على أنها أشباح أو كائنات. الخوف من **الحروب والدمار** – الخوف من الجواسيس واللصوص – أو اختباء أحد في المترل أو تحت المخدع. مشاكل لا تصل لدرجة الخوف ولكنها **مرتبطة بالنمو** كالخوف من أن يصل متأخرا للمدرسة أو أن يتأخر عن موعد الحافلة – أو أن يفقد حب الآخرين الخوف من إهمال الآخرين له .
من 8 : 9 سنوات	تتضائل عموما المخاوف في هذه الفترة. وتختفي المخاوف من الماء، وتقل بشكل ملحوظ مخاوف الظلام.
10 سنوات	تظهر مخاوف جديدة منتشرة بين أطفال هذه المرحلة، بالرغم من أن نسبة المخاوف تقل بشكل عام عما هي عليه في الأعوام السابقة، وعما هي عليه في الأعمار اللاحقة (12 سنة). ومن أهم مخاوف هذه الفترة الخوف من الحيوانات خاصة الثعابين والحيوانات الوحشية. **الخوف من الظلام** (ولو أنه يوجد لدى عدد أقل من أطفال هذه الفترة). الخوف من النار والمجرمين أو القتلة أو اللصوص.

28 النضج العقلي والنمو

مشكلة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم من المشكلات التي يجب معالجتها أساسا كمشكلة تتعلق بالنمو والتطور، وليس كاضطراب أو خلل في الشخصية أو السلوك.

ويمكن تعريف التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط، وله درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق[1]، وهو مستوى يصعب عنده تدريب الطفل، ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب عجزه عن رعاية نفسه وحمايتها من الأخطار.

وعادة ما يكتشف التخلف العقلي من خلال استخدام مقاييس الذكاء، التي تحتوي في الغالب الأعم على مشكلات حسابية، وكلمات، ومتاهات تحتاج لبعض المهارة في حلها، فضلا عن أشياء وموضوعات تحتاج لإعمال التفكير والحل والتركيب وإدراك العلاقات المكانية، وما إلى ذلك.

وبالرغم من أن هناك اعتقادا بين عدد لا بأس به من علماء النفس بأن الذكاء تحكمه قوانين وراثية، فإن تجارب عدة بينت أن تدريب الأطفال على

النشاط الحركي، والعقلي، وحل المشكلات يرفع نسبة ذكائهم بما يزيد على 25 ٪. وهي نسبة عالية إذ من شأنها في بعض حالات التخلف العقلي البسيط أن تنقل الطفل إلى مستوى عادي من الذكاء يمكن له عنده أن يواصل دراسته وأن يرعى نفسه بشكل مستقل.

وإذا كان علماء النمو يشجعون على تدريب إمكانات الطفل العقلية، فإنهم يدركون أن فاعلية هذا التدريب ترتبط بوجود الاستعداد العضوي (النضج) الملائم لذلك. ومن هنا ينظر علماء النمو بحذر إلى التبكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر.

ومن الدروس التي نستقيها من الأبحاث على النمو أن الذكاء والنضج العقلي يتطوران في مراحل، وتطور الذكاء في هذه المراحل يبين أنه لا يقتصر على المهارات في استخدام الأرقام والحساب واللغة كما توحي لنا مقاييس الذكاء العادية، بل إنه يحتوي على مهارات أخرى لا تتطلب القراءة أو الكتابة أو التعامل بالأرقام والرموز، ويمكن ملاحظة بعض هذه المهارات في السنين الأولى للطفل وذلك كالمهارات الحسية والحركية كالجلوس والمشي والحركة والكلام، وهي المهارات التي يلجأ لها العلماء لتقدير نسبة ذكاء الطفل في الأعمار السابقة على تعلم القراءة والكتابة.

ويوضح الجدول رقم (9) بعض المرشدات التي تساعد الآباء على تقدير مستوى النضج العقلي لدى الطفل في أعمار مختلفة.

ومن هذا الجدول يتضح لنا أن النضج العقلي مسألة مراحل وتطورات ويمكن الاستدلال عليه في غالب الأحوال من مظاهر تطور تختلف-بشكل ما-عن القراءة أو الكتابة أو اللغة.

وغالبا ما يأخذ هذا النمو في الأعمار الصغرى مظاهر حركية. ولهذا فالطفل الذي يمشي مبكرا قد يحصل فيما بعد على درجات عالية على مقاييس الذكاء، أو على الأقل درجات متوسطة. ولن يحصل على درجات أقل من ذلك.. أي لن يكون متخلفا إلا في بعض الحالات النادرة نتيجة للإصابات والحوادث.

لكن الطفل الذي يتأخر عن الأطفال في نفس عمره في مظاهر النضج العضوي لن يكون بالضرورة متخلفا. فكثير من الأطفال الأذكياء قد يتأخر نموهم العضلي وقدرتهم على الكلام أو المشي.

جدول (9)

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

العمر	نوع المخاوف
16 أسبوعا	التبسم التلقائي للوجوه المعروفة الضحك بصوت عال الاستجابة بفرح لمشهد الطعام.
28 أسبوعا	يجلس لفترة قصيرة ينحني إلى الأمام مستندا إلى يديه يقبض على الأشياء إذا وجدت على مرأي منه ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى أصوات متميزة (كنواة لنطق الحروف المتحركة) يأكل الأشياء الصلبة يضع قدميه في فمه عندما يكون راقدا على ظهره.
40 أسبوعا	يزحف على اليدين والركبتين يتجول داخل المكان مستندا إلى قطع الاثاث قد يكون باستطاعته نطق كلمات مثل "ماما" و "دادا"
12 شهرا	يستطيع أن يمشي بالاعتماد على يد شخص آخر يستطيع التفوه بكلمتين بالإضافة إلى "ماما" و "دادا" يتعاون قليلا عندما تقوم الأم بتلبيسه ملابسه
15 شهرا	يستطيع السير خطوات قليلة بمفرده يستطيع أن يزحف وهو يصعد على السلم يقلب صفحات كتاب بيديه رصيده اللغوي من 4 – 6 كلمات يُعطي لعبته لوالدته، ولكنه يستردها من جديد.
18 شهرا	يسير بمفرده ونادرا ما يقع يستطيع أن يصعد السلم بالاستناد إلى إحدى يديه على شخص آخر يستطيع أن يجلس على كرسي صغير، أو يصعد ليجلس على كرسي كبير ينظر إلى صور كتاب يستطيع أن يطعم نفسه، ولكنه يبعثر الطعام.

تابع جدول (9)

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

العمر	نوع المخاوف
24 شهرا	يستطيع أن يصعد وينزل السلم بمفرده يستخدم جملة من ثلاث كلمات قد يعبر عن حاجته إلى الطعام أو التبول تستطيع تدريبه على ضبط التبول نهارا ابتداء من 2,5 سنة يشير إلى نفسه بالاسم.
36 شهرا	يبدل قدميه عند صعود السلم يستطيع ركوب وتبديل دراجته يثلاث عجلات يستخدم كلمات الجمع بشكل مناسب يستطيع أن يطعم نفسه من أوعية الطعام دون دلق أو بعثرة يصب المياه من وعاء إلى كوب يستطيع أن يلبس حذاءه يحفظ بعض الأناشيد أو الأغنيات الشائعة
48 شهرا	يرسم مربعا بالمحاكاة يعد أربعة أشياء (بالإشارة) ينط باستخدام قدم واحدة يغسل باستخدام وجهه ويديه يستخدم فرشة السنان يرسم شخصا (الرأس والذراعين والساق) يلبس ويخلع ملابسه مع بعض الإشراف، يربط حذاءه يلعب لعبات تعاونية تلقائية مع الأطفال الآخرين يستطيع أن يخرج أمام البيت دون أن يعبر للشارع (يدرك الخطر).
60 شهرا	يقف على القدمين بالتبادل (الحجلة) يعد 10 أشياء يعرف كم أصبعا في كل يد يعرف النقود أو بعضها يتعرف على الألوان يلبس ويخلغ ملابسه مستقلا يكتب اسمه (بالمحاكاة) يكتب من 1 إلى 5.

وبالرغم من أننا ننصح بالاسترشاد بالأخصائيين عندما يتأخر الطفل في الكلام عن سن 3 أو 4 سنوات، فإن التأخر عن الكلام أو استخدام اللغة يجب ألا يكون بالضرورة مصدرا للإزعاج أو القلق. فهناك فروق فردية كبيرة بين الأطفال في هذه الناحية. فمنهم من يستطيع استخدام جمل قصيرة في الشهر 18. ومنهم من يتأخر-خاصة بين الذكور-في ذلك حتى 2,5 سنة أو ما بعدها.

ويحسن على العموم أن ننظر إلى مسألة النمو العقلي على أنها مسألة متعددة الأوجه، ومن الأفضل النظر إليها من أربعة جوانب أو نشاطات هي:

1- تطور حركي (مهارة في استخدام الجسم في الجلوس والمشي والصعود، والنزول... الخ).

2- سلوك تكيفي (حل مشكلات يوميا، رعاية النفس، غسيل الوجه، التجفيف، الأكل مستقلا، الاستحمام، تصفيف الشعر،.. اللبس والخلع.. إلخ).

3- سلوك لغوي (استخدام الكلمات والجمل بشكل ملائم والنمو اللغوي بشكل عام).

4- سلوك شخصي واجتماعي (اللعب التعاوني-استخدام النقود، تنظيف المنزل أو المخدع-حماية النفس.. إلخ).

ولأن النضج العقلي يتكون من أربعة جوانب سلوكية، فإن من المتوقع أن الطفل الواحد قد يتطور بإمكاناته في جانب منها أسرع من الأخرى، والعكس صحيح. فالبعض قد يتأخر في السلوك اللغوي، لكن سلوكه التكيفي عادي أو أكثر من العادي. وليس لأن أحد الأطفال متخلف مثلا في التطور الحركي نستنتج أنه طفل متخلف عقليا في كل الجوانب الأخرى من سلوكه. ومن ثم فإن الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها في الحكم على الطفل قد يكون مضللا ومعطلا لإمكانات تنميته في كل جانب من جوانب النضج والنشاط العقلي. فمن المهم أن ينتبه الآباء إلى جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لتدريبها فهذا أفضل من الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها.

هوامش الباب الخامس

الفصل السابع والعشرون

(1) Nerve Connections

الفصل الثامن والعشرون

(1) Profound Mental Retardation


ملاحق

ملحق (١)

تدريبان مفصلان للاسترخاء

يشتمل هذا الملحق على تدريبين للاسترخاء. **الأول** منهما ننصح باستخدامه في المراحل الأولى من التدريب على الاسترخاء. وهو يعتمد على القيام بإرخاء وشد أعضاء الجسم حتى يستطيع الطفل أن يطلع مباشرة على إمكان القيام بالتحكم في عضلات الجسم.. ومن ثم إرخائها في الوقت المناسب (إبراهيم، 1983)

أما **التدريب الثاني** فهو تدريب للاسترخاء العميق وينصح باستخدامه بعد اكتمال التدريب على الاسترخاء بالطريقة الأولى القائمة على الشد- الإرخاء. وينقل هذا التدريب الشخص مباشرة إلى الاسترخاء العميق لكل عضلات وأعضاء الجسم بشكل تصاعدي. ويركز بصورة أقوى من التمرين الأول على إثارة الإيحاء بالاسترخاء وإثارة الصور الذهنية والتخيلات التي من شأنها أن تيسر للطفل الدخول في مراحل أعمق وأعمق (أخذناه بتصرف من إبراهيم، 1987).

التدريب الأول

تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى خاصة في المراحل الأولى من التدريب:

«استلق الآن على مكان مريح (أريكة أو كرسي أو سرير) وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك. أغمض عينيك، وأصغ إلي. سأنبهك الآن لبعض الإحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها.

الذراعان:

جميل! إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح، ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف(لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا.. كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى (الذراع اليسرى بشكل خاص)، أغلق راحة يدك اليسرى.. أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت)، لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح (على مسند الأريكة أو وسادة) ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثوان صمتا). والآن مرة أخرى كرر هذا. أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وبقوة، ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (١٥ ثوان صمتا).

اليدان:

لنتجه الآن ليدك اليمنى. أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى. ولاحظ التوتر

في اليد اليمنى والذراع (5 ثوان صمتا). والآن استرخ، استمر في وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من شد وتوتر، أرخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تنميلا ولينا قد بدآ ينتشران في ذراعيك اليمنى واليسرى، كلتا ذراعيك الآن قد بدأت تسترخي.. وتسترخي.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. اثن راحتيك كلتيهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان) كرر هذا مرة أخرى. معصمك إلى الخلف والشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك.. عد بهما إلى وضعهما المريح.. دع نفسك على سجيتها، واشعر باسترخاء أكثر وأكثر.

الكفان:

والآن أطبق بإحكام كفيك. واثنهما في المقدمة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. أسقط ذراعيك إلى جانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه. (عشر ثوان صمتا). كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفيك بإحكام واثنهما في اتجاه الكتفين، محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف وأسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان).



شكل رقم (22): أغلق اليدين بإحكام ثم لاحظ التوتر والشد في المعصم وظهر اليد. ثم أرخهما وعد بمعصميك الى حالتهما الأولى فاردا أصابعك، ودع يديك ترتخيان في وضع مريح. لاحظ بعد ذلك أن هناك تنميلا ولينا قد بدا ينتشران في اليدين والمعصمين وأجزاء كثيرة أخرى من الجسم.

الكتفان:

والآن دعنا نتحول إلى الكتفين. ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيهما. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة، ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف. استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان). كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلتا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. والآن استرخ. أرخ عضلات كتفيك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

عضلات الوجه:

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك. الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

العينان:

والآن أغلق عينيك بإحكام. أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان) والآن دع تلك العضلات على سجيتها ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. التوتر يشملهما. استمر (5 ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (10 ثوان).

الفك والأسنان:

والآن أطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ

التوتر في الفكين. (5 ثوان). والآن دع فكيك واسترخ، ودع شفتيك منفرجتين قليلا، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (١٥ ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيهما من توتر (5 ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها. مسترخيا أكثر فأكثر (١٥ ثوان).

الشفتان:

والآن اتجه إلى شفتيك، زمهما، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام.. جميل. اضغط كلا منهما على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم. والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط على شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (5 ثوان).

لاحظ كيف أن تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي. الآن كلتا يديك، ووجهك، وذراعاك، وكتفاك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

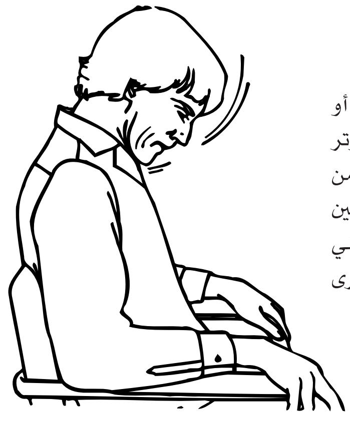
الرقبة:

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند إليها. اضغط إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. ادرس ذلك.

والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه الآن.

استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد شد رأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر في ذلك لحظة (5 ثوان) والآن دع ذلك وانتقل إلى استرخاء عميق.. عميق (١٥ ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفن ذقنك في صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (١٥ ثوان) كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (5 ثوان) والآن استرخ أكثر فأكثر (١٥ ثوان).



شكل رقم (23): ثني الرقبة إلى الأمام أو الضغط بها إلى الخلف وسيلة لزيادة التوتر والشد في منطقة الرقبة والجزء الأعلى من الظهر. أما العودة بها إلى وضع مريح ولين فتؤدي إلى الشعور بالاسترخاء العميق في هاتين المنطقتين نفسيهما ومواضع أخرى من الجسم.

الجزء الأعلى من الظهر:

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في وضع مريح سواء كنت على كرسي أم على أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي. (10 ثوان). مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (5 ثوان). والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي تاركا كل شيء على سجيته (10 ثوان).

والآن خذ نفسا عميقا.. شهيقا عميقا. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية، وانفث الهواء، واستمر في تنفسك العادي، ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (10 ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، واكتمه،، لاحظ التوتر، والعضلات التي تتوتر.

والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (10 ثوان).

البطن:

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا

الوضع قليلا. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٥ ثوان). أعد هذا من جديد. شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (5 ثوان). والآن استرخ، دع كل شيء يتراخى في عمق أكثر وأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضلة ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (١٥ ثوان).

الفخذان:

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع. افردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5 ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك تسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح واسترخاء محسوس (١٥ ثوان). أعد هذا من جديد. ألصق ركبتيك، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (5 ثوان). والآن استرخ. أرخ عضلات جسدك.. دع كل الأعضاء على سجيتها تخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٥ثوان).

الساق والأقدام:

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه. انتبه إلى أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر والانقباضات العضلية في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن استرخ. عد بالقدمين إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٥ ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما. استمر قليلا. والآن عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (١٥ ثوان).

لاحظ أن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. لاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلاتك وأن

توترها وبالقدر نفسه تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. إنك تسترخي وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية، فحاول أن ترخيها. راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالا. لنبدأ بعضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (5 ثوان). أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق والقصبة... (5 ثوان) العجز والردفين (5 ثوان)، البطن وأسفل الظهر والوسط (5 ثوان) أعلى الظهر، والصدر والكتفين (5 ثوان).، راحة اليد والأصابع والذراعين (5 ثوان) الرقبة والزور (5 ثوان).. جبهتك مسترخية (5 ثوان).. كل عضلات الجسم مسترخية ومستلقية في وضع مريح.. والآن استمر في هذا الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة... وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق 1000 , 2، 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. جميل أنك قد أخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الآن... وسأعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ في نشاط هادئ: 5, 4, 3 ، 2, 1، عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في كامل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود.

التدريب الثاني

الاسترخاء العميق

اجلس أو ارقد في استرخاء

أغمض عينيك إن أردت.. أو اتركهما مسبلتين

أنت الآن تجلس في سكينة واسترخاء، تتنفس بانتظام وببطء.

لا قلق، ولا شد، ولا توتر.. كل القلق يتسرب من كل جسمك تدريجيا.

إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله.

خذ الآن نفسا عميقا بطيئا ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء.

أ- الاسترخاء التصاعدي للمنطقة السفلى من الجسم

القدمان:

الآن وجه كل انتباهك وتركيزك إلى قدمك اليسرى.

أريدك أن تركز على قدمك اليسرى وتتخيل كل النتوءات والأصابع في تلك القدم وكيفية تركيبها كأنها صورة فوتوغرافية.

ركز على قدمك اليمنى بالشكل نفسه.

حاول بقدر الإمكان أن ترخي كلتا قدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما في هدوء واسترخاء الآن أنت تشعر بأنهما تثقلان في الوزن ويسري الدفء في كل منهما.

كلتا قدميك الآن دافئة ثقيلة ومسترخية وهناك تنميل خفيف يسري فيهما.

تذوق واشعر باسترخائهما وثقلهما والدفء والاسترخاء يسري في القدمين اليمنى واليسرى.

الساق والركبة:

والآن إلى الساق والركبة جميع عضلاتهما أيضا مسترخية والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى.

تنفسك في الوقت نفسه منتظم.. الاستنشاق والزفير بطيئان وفي يسر..

مع كل نفس تتنفسه تحس باسترخاء أكثر.. وأكثر في الجسم كله وفي القدمين والركبتين.. ومؤخرة الساق بشكل خاص.

جميعها تسترخي وتسترخي... وتسترخي في سكينة.

من المهم أن تشعر وتحس بقوة بهذا الاسترخاء. حاول أن تحس بالاسترخاء في كل جسمك.. خاصة في القدمين والساقين حيث الدفء والثقل وكأنهما قطعتا قماش ملقتان ومنفصلتان عن الجسم.

الفخذان:

وجه انتباهك وأفكارك إلى منطقة أخرى.. إلى الفخذين، انتباهك جميعه الآن مركز عليهما.. حاول أن تطرد منهما كل التوترات والتقلصات إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منهما تدريجيا.

الردفان:

الآن إلى المنطقة العضلية التي تعلو الفخذين إلى الردفين.. هما أيضا مسترخيتان والتوتر يتسرب منهما تدريجيا وقد أخذتا تثقلان وتثقلان.

لاحظ أن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية.. انتباهك كله مركز في هذه المنطقة، إذا لم يكن انتباهك فيها.. حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها، وعضلاتها مسترخية ودافئة وثقيلة وكأنك قد أخذت لتوك حماما دافئا وأنت تستلقي بعده.

ب- المنطقة الوسطى

البطن والمعدة:

حاول الان أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل، دع معدتك تسترخي وتنتفخ. ومنطقة البطن والوسط جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية. في هذه المنطقة بالذات تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق.. لهذا حاول الآن أن تشعر باسترخائها وأن تتذوقه، شاعرا بأن كل التوتر العضلي يتسرب من منطقة البطن.. والمعدة.. دون عودة.

تنفس في نفس الوقت بانتظام.. وبطء.. وهدوء.

حاول أن تفكر في كلمة «مسترخ».. وفي كل مرة تعيدها تشعر معها بأن الجسم كله يسترخي.. البطن والمعدة والفخذان والساقان وأصابع القدمين.

جـ- المنطقة العليا

الصدر:

والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدري، إنها مسترخية، والتوتر والشد يتسربان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفسه.

إن الاسترخاء الآن والتنميل يسيطران عليك من الصدر إلى البطن ثم الردفين والفخذين والساقين، حتى أصابع القدمين.. وكي تصل إلى أقصى وأعمق درجات الاسترخاء فيها.. فإنني سأذكر اسم كل عضو منها وما عليك عندما تسمع الاسم إلا أن توجه انتباهك إلى هذا العضو وحاول أن ترخيه وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك.

الصدر والقفص الصدري مسترخيان

البطن والوسط

المعدة مسترخية ومنتفخة

الردفان مسترخيتان.. وثقيلتان

قصبة الساق

القدم

أصابع القدمين كلها خاصة الإصبعين الكبيرين

إنك الآن مسترخ وكأنك مرهق ومتعب.. وعلى وشك النوم بعد عناء يوم طويل وشاق.

بالشكل نفسه أرخ الكتفين.

التوتر يتسرب من كل الكتفين

الظهر والعمود الفقري:

الظهر.. خاصة العمود الفقري الذي يمتد من أسفل الرقبة حتى مؤخرة الظهر، إنه نائم ومسترخ بكامله.

الذراعان مسترخيتان بدءا من الكتف حتى الأصابع

كل أصابع اليدين مسترخية، الإبهام والسبابة والأصابع الصغيرة والوسطى.. كلها مسترخية ونائمة وثقيلة

الكوع واليدان مسترخية وثقيلة

كلتا الذراعين مسترخية وثقيلة

دع الآن أفكارك تتحول في كل المنطقة

ابدأ من المنطقة التي تحت الرقبة... إنها مسترخية

كذلك الكتفان

كذلك الذراعان

الكوع..

الرسغ

اليد..

أصابع اليد.

جميعها ثقيلة... نائمة.. منملة... مسترخية.

تنفسك ينتظم..

وحركة الدم في داخلك تنتظم.

كل جسمك الآن دافئ ومسترخ.. وثقيل وراقد في سلام وسكينة وهدوء.. إحساس لم تشعر به أبدا من قبل.. تجربة وخبرة... إنك الآن في كامل القوة والحيوية والسلام مع التنفس.

كل جسمك الآن مسترخ.. وتنفسك هادئ.. وضغطك يتضاءل وأنت تردد بينك وبين نفسك كلمة مسترخ ومطمئن.. وراض.. وتشعر مع كل كلمة منها بالتنميل اللطيف يسري في جسمك كله.

الوجه والرأس:

تنفسك بطيء.. ومع كل نفس تشعر بأن الجسم كله تقريبا مسترخ وثقيل.. الاسترخاء يسيطر على كل منطقة وكل عضلة في الجبهة.. والعين والحواجب والرأس.. والفكين والسلسلة الظهرية والبطن.. والمعدة. والأطراف.. والأصابع.. والساقين.. والفخذين.. كل شيء مسترخ.. ومسترخ بعمق.. وبعمق أكثر وأكثر.

وكلما ترخي وجهك.. أعمق.. وأعمق.. يسري الهدوء وتسري السكينة هنا وهناك.. كل الجسم.. يشعر بالثقل.. والسكينة.

وأنت شبه نائم.. في حالة أشبه بحالة النائم.. إن لم تكن نائما بالفعل.

إنك نائم أو كالنائم.. عيناك مغمضتان والسكينة والأمان من حولك.

وتسمع صوتي.. ولا تسمع غير صوتي ينتقل بك من استرخاء عميق.. إلى استرخاء أعمق وأعمق.. وأعمق.

ولا يوجد من حولك الآن إلا ظلام.. معه السكينة.. ضغط الدم.. وأعباء

الحياة جميعها تتقلص ولا وجود لها..

لا تفكير خارجيا.. في هذه اللحظات، ولا هموم أو مشغوليات.. الحياة تسير سيرها الطبيعي.. ومن الأحسن أن يدعوها تسير سيرها الطبيعي دون تعقيدات أو هموم.

الفكان والشفتان مرتخية ومنفرجة.

الأسنان والفم منفرجان قليلا وكأن ابتسامة خفيفة ترتسم عليهما..

الرقبة والزور مسترخان

فكر في جسمك وابلع ريقك إن أحببت.. واشعر بالاسترخاء.. إن كنت الآن تفكر في أي شيء آخر غير جسمك.. فمن الأحسن أن تعود بكل أفكارك وتركيزك إلى الجسم..

جبهتك الآن مسترخية.. كل وجهك مسترخ.. عيناك مسترخيتان ومسبلتان أو مغمضتان إن لم تكونا مغمضتين من قبل.. فمك مسترخ.. وشفتاك منفرجتان.. رقبتك مسترخية.. الزور مسترخ ونائم في عمق.. وعمق، كتفاك مسترخيتان أكثر وأكثر.. ثقيلتان

مفاصل الذراعين، والرسغ.. واليد.. والأصابع جميعها مسترخية أكثر وأكثر..

الصدر وما يحيط به مسترخ

البطن والمعدة

قدماك دافئتان.

وأنت بكاملك مسترخ.. وكأنك نائم بعد عناء يوم طويل وشاق.. وجهد وعمل.

كل الجسم نائم.. لكنك تحس بالأشياء التي تدور من حولك.. وإن كنت لا تعيرها أي اهتمام.

لا اهتمام بشيء إلا بصوتي

ولا تفكير في شيء غير جسمك

ولا استجابة لشيء إلا لصوتي.. وهو ينقلك من هدوء إلى هدوء أعمق..

إلى السكينة

والراحة

والهدوء

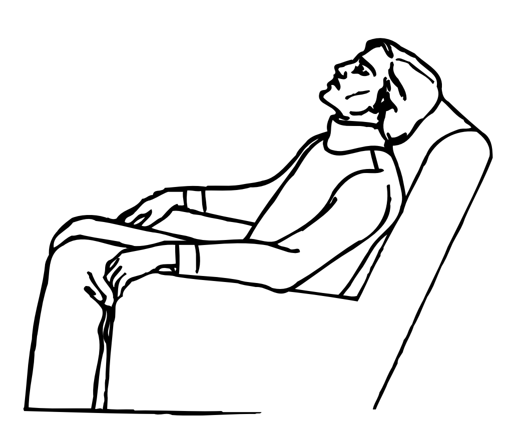
والتخفف من كل أعباء الحياة حتى ولو للحظات

استمر في ذلك ما أحببت..

أما إن شئت أن توقظ نفسك فما عليك إلا أن تعد من 1 إلى 5. وعندما تصل إلى، 5 تفتح عينيك وتتثاءب إذا أردت. إنك تشعر بإحساس هادئ يتملك جسمك كله.. إحساس خال من القلق والتوتر تماما مع إحساس بالقوة والنشاط والحيوية.

وقد تريد أن تجعل من هذا الإحساس بالقوة الهادئة أسلوبا لك في الحياة بعد ذلك.

نعم القوة الهادئة.



شكل رقم (24): شخص في حالة من الاسترخاء العميق. لاحظ الجلسة السلبية والعين المسبلة.. واختفاء التوترات والتقلصات في الوجه واليدين. لاحظ أيضا أن الساقين منثيتان انثناء خفيفا وغير معقودتين.. مما يزيد من عملية الاسترخاء في المنطقة السفلى من الجسم.

ملحق (٢)

برنامج عام للعلاج بطريقة التعليم الملطف والمساندة الوجدانية

الهدف من البرنامج:

الهدف من أي برنامج لهذا النوع من العلاج هو خلق بيئة اجتماعية متقبلة للطفل وذلك بالعمل على:

١- زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل الاجتماعية ببيئته الاجتماعية في داخل المنزل أو المدرسة أو المؤسسة.

2- التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التي من شأنها أن تؤذن بظهور السلوك المضطرب أو تطوره.

3- تحسين التفاعلات الإيجابية والاتصال بالطفل مما يمنح الأبوين والقائمين على رعاية الطفل قدرة أكبر-فيما بعد-على معالجة اضطراباته والتنبؤ بها بما في ذلك ثوراته الانفعالية، والتعارك، وتحطيم الأثاث، والقصب والحنق.. إلخ. ومن المتوقع أنه كلما تحققت الأهداف السابقة بدأت الرابطة الوجدانية بالطفل تقوى، وكلما قويت هذه الرابطة

تزايد فهم الطفل لبيئته، وبالتالي يبدأ سلوكه المضطرب في التناقص والتضاؤل التدريجي.

عناصر الخطة العلاجية:

أ- زيادة السلوك الإيجابي

1- تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب:

يقوم العاملون أو القائمون على رعاية الطفل وفق هذا العنصر بالعمل- قصدا وعمدا-على خلق مواقف للتفاعل والاحتكاك الاجتماعي بالطفل لعدد يتراوح بين مرتين إلى أربع مرات في الساعة لمدة تتراوح بين 15 : 30 ثانية في كل منها. ويكون هدف هذا التفاعل تدعيم ومكافأة أي سلوك آخر يقوم به الطفل يكون مختلفا عن السلوك المضطرب. ويأخذ التفاعل أشكالا بسيطة كالابتسام والتحية والتربيت والسؤال عن الأحوال وتبادل الأحاديث الودية، والحوار والفكاهة.. إلخ.

2- تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض:

يطلب العاملون أو القائمون على رعاية الطفل أن يقوم الطفل بمعاونتهم في نشاط معين يتسم بالتعاون، أو المشاركة في إنجاز عمل معين يحتاج تنفيذه إلى فترة تتراوح بين دقيقتين إلى خمس دقائق (انظر أمثلة لهذه النشاطات في قائمة النشاطات المرصودة في نهاية الخطة). ومن المطلوب أن يتم ذلك عددا من المرات خلال اليوم الدراسي أو خلال فترات الاحتكاك التي كان السلوك المضطرب يتزايد خلالها. ويوصى بأن يتم ذلك مرة كل ساعة على الأقل. كن خلاقا في ابتكار نشاطات قصيرة وملائمة لظروف الطفل وبيئته. لاحظ أن الهدف هنا هو تدعيم أنواع السلوك البديلة للسلوك المضطرب إذ لا يمكن أن يكون الطفل مضطربا ومتعاونا في الوقت نفسه. فالمشاركة نقيض للسلوك التدميري أو السلوك غير اللائق الذي يثير الشكوى.

3- جدولة النشاط الدراسي:

تعاون مع الطفل في وضع جدول، بحيث يشمل على الأقل ساعتين للدراسة بما في ذلك إعداد الواجبات المنزلية والإعداد للدرس المقبل ومراجعة المعلومات السابقة.. إلخ. يجب أن يتضمن الجدول نشاطات أخرى

تتخلل أداء النشاطات الدراسية.

ب- التحكم في السلوك اللاتوافقي

4- التدخل والمقاطعة: Interruption

عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه (التحطيم والتمزيق والتهديد والحركة الزائدة وإيقاع الأذى بالنفس) لا تترك الطفل أو تتفرج عليه. بل حاول أن تتدخل لإيقاف هذا السلوك بأقل قدر ممكن من التهديد والإثارة. وهناك أساليب للتدخل والمقاطعة للسلوك غير المرغوب فيه تكون أحيانا بهدف حفظ ماء وجه الطفل وإعطائه فرصة للتراجع وتعديل السلوك الخاطئ. ومن أساليب التدخل أن تطلب منه أن يقوم بعمل ما أو يتعاون معك في نشاط معين مع التدخل الناجح باستخدام المدعمات للخروج بالطفل من المواقف الانفعالية المحتدمة، ومنها الحث البدني والتربيت مع توجيه انتباهه لنشاط آخر أو تشجيعه على الاستمرار في نشاط إيجابي سابق. والتدخل الناجح في هذه المواقف الانفعالية المحتدمة هو التدخل الذي لا يؤدي إلى تفاقم المشكلة، والذي يساعد على الاستمرار في النشاط الإيجابي (الدراسة مثلا) وليس على توقفه أو إلغائه.

5- التوجيه لنشاط بديل: Redirection

الهدف من هذا الأسلوب توجيه الطفل لنشاطات أو استجابات بديلة (افعل هذا بدلا من ذاك). وعندما يتم ذلك بنجاح يفهم الطفل أن الاستجابات السابقة التي سبق إيقافها والتدخل فيها لم تعد مجدية أو مثيرة للانتباه. ويجب أن يستخدم هذا الأسلوب بتلاحم شديد مع أسلوب التدخل والمقاطعة.. أي أن التوجيه لنشاط بديل يتم أثناء مقاطعة السلوك غير التكيفي. ويحسن أن يتم ذلك بصمت دون كثير من الجدل والنقاش ومن خلال الحث البدني، والإيماءات، مع الاستمرار في التواصل والحوار.

6- التجاهل Ignoring

الهدف من التجاهل في خطط التعليم الملطف إطفاء الاستجابات غير المرغوب فيها بتجاهلها. وفي مثل هذه الأحوال من المطلوب أن تتصرف كما لو كانت الاستجابة غير المرغوب فيها لم تحدث. تجنب خلال ذلك التفرج على الطفل أو الاتصال البصري به، وقلل بقدر الإمكان من الاحتكاك

البدني (كاللمس أو التربيت). قلل أيضا من فرص القرب الجسمي، أي حافظ على مسافة بعيدة إلا إذا كان قربك منه ضروريا ومفروضا. إذا كان من الضروري أن تتدخل أو تستجيب فاجعل ذلك يحدث باقتضاب وبأقل قدر ممكن من الجدل.

7- دعّم وكافئ: Reward

بعد التدخل في إيقاف السلوك المضطرب وتوجيه الطفل لنشاط بديل أو جديد، دعم استمراره في هذا النشاط من خلال مشاركته والتعاون معه.. والانتقال به من نشاط إلى نشاط آخر حتى تتلاشى الاستجابات المرضية. وإذا كان من الصعب الانتقال بالطفل إلى النشاط البديل الذي يرتبط بالمكافأة والتدعيم، فحاول أن تركز على أي سلوك يصدر عن الطفل ويجعله موضوعا للمكافأة. بعبارة أخرى،. إذا لم تحدث المواقف المؤدية إلى المكافأة.. فاجعل المكافأة والتدعيم ممكنين بتوجيههما لأي نشاط أو سلوك آخر لائق يصدر عن الطفل. وتعطي قائمة النشاطات الحالية نماذج لأنشطة يمكن تشجيع الطفل على أدائها ثم مكافأته عندما يفعل ذلك.

قائمة بالنشاطات (أمثلة):

أ- نشاطات اجتماعية: التحية باليد، الرد على التليفون، رعاية حيوان أو طفل آخر، المرافقة في تناول الطعام، حديث انفرادي، التنزه بصحبته.

ب- نشاطات ترفيهية: ركوب دراجة، الذهاب للمراجيح، الجري، ألعاب رياضية أخرى كالسباحة أو كرة القدم، قراءة مجلة أو كتاب، مشاهدة تليفزيون، الذهاب للسينما، التسوق، مناقشة اجتماعية أو مناظرة.

جـ- نشاطات منزلية : تنظيم الحجرة، تغليف الكتب أو الكراسات، الإسهام في تنظيف أدوات المطبخ، الإسهام في إعداد المائدة، الإسهام في إعداد ميزانية المنزل.

فهرس تفصيلي
المفاهيم الرئيسية التي وردت
في الكتاب مع التعريف بها

إبعاد مؤقت :Time out

طريقة علاجية يتم من خلالها إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيما بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك فيه خطر على الآخرين-كالعدوان والتدمير-أو على النفس. وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح بين دقيقتين إلى عشر دقائق بحسب عمر الطفل. ومن الأمثلة على ذلك إبعاد الطفل في مكان ناءٍ بالمنزل لمدة ثلاث دقائق مثلا عندما يبدأ بالدخول في سلوك عدواني كتحطيم الأثاث أو الاعتداء على أحد أفراد الأسرة.

اكتئاب :Depression

يأتي الاكتئاب في شكل اضطراب عصابي، أو ذهاني. وتتمثل الخواص الرئيسية للاكتئاب العصابي في الميل إلى الحزن وفقدان الشهية، والتشاؤم، والتأنيب المستمر للنفس. ويسمى أحيانا اكتئابا استجابيا Reactive Depression لأنه عادة ما ينشأ نتيجة استجابة لفقدان موضوع (شخص، مكان، مركز اجتماعي) أو نتيجة فشل في أداء عمل أو مهنة أو انقطاع علاقة اجتماعية وثيقة. أما الاكتئاب الذهاني فهو درجة شديدة من الاكتئاب، ومصادره الخارجية غير محددة. وقد تنتهي حالات بعض المصابين به بمحاولة الانتحار أو الانتحار الفعلى. وتصحبه اضطرابات عقلية وإدراكية كالهلاوس والهواجس.

اختبار المصفوفات المتتابعة :Progressive Matrices

واحد من أشهر اختبارات الذكاء، ويمتاز بتحرره النسبي من التأثيرات الحضارية والثقافية. من وضع «رافين» (Raven 1960,).

أخصائي (خبير نفسي) :Psychologist

عالم نفسي أو ممارس للتقييم العقلي والنفسي وللعلاجات النفسية المشتقة من بحوث علم النفس.

عادة ما يكون حاصلا على الدكتوراه في علم النفس مع التدريب العملي والممارسة المهنية لمدة أربعة أعوام على الأقل بعد الحصول على بكالوريوس في علم النفس والعلوم السلوكية.

استجابة شرطية :Conditioned response

أي الاستجابة لمنبه أمكن اكتسابها بطريق التعلم، أي الاستجابات التي لا يكون مصدرها الأفعال المنعكسة.

استرخاء :Relaxation

طريقة من العلاج يتم بمقتضاها تدريب الشخص على إيقاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق.

استهجان اجتماعي Social disapproval

أن تبين للمريض (أو للطفل المشكل) بصوت ثابت وقاطع (ولكن ليس صارما)، أنه قد ارتكب خطأ بتصرفه هذا، أو أن سلوكه غير مقبول. ويحذر علماء العلاج السلوكي من الإسراف في استخدام هذا الأسلوب، خاصة إذا ما استمر السلوك المستهجن. لأن الإسراف في استخدامه يثير صراعات ويؤدي إلى تبادل للاتهامات بين الطفل وبين الشخص الذي يستهجن هذا السلوك، ويؤدي هذا بدوره إلى تزايد أنواع السلوك غير المرغوب فيها أو تفاقمها.

أسلوب معرفي :Cognitive Style

يستخدم هذا المصطلح في العلاج السلوكي المعرفي للإشارة إلى طريقة تفكير الشخص وما يحمله عن نفسه أو عن العالم من آراء أو اتجاهات. ويرى المعالجون أن الاضطراب النفسي يلتحم بقوة بأسلوب التفكير. ومن أهم الأساليب المعرفية التي ترتبط بالاضطراب وسوء التوافق: المبالغة والتهويل، الأسلوب الكوارثي (توقع الكوارث والمصائب)، الاتجاهات الكمالية المطلقة.. إلخ.

ويعتبر «ألبرت إليس» Ellis و«بيك» Beck من الولايات المتحدة أهم من أسهموا في تطوير هذا الاتجاه.

تعويقات النمو العقلي :Developmental Disabilities

(انظر تخلف عقلي).

اقتداء :Modeling

تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك (انظر كذلك تعلم اجتماعي).

اقتصاد رمزي :Token Economy

أسلوب من العلاج السلوكي تطور بتأثير من نظريات «سكينر» ضمن التعلم الإجرائي، ويعتمد على تقديم مدعم رمزي Token إثر ظهور السلوك المرغوب فيه. بعبارة أخرى فهو يقوم على نفس مبدأ التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب فيه. ويتم إجرائيا باستخدام وسائط تدعيمية (فيشات، نجوم لاصقة، قطع معدنية) تعطى للشخص إثر قيامه بالسلوك المرغوب فيه. وتسمى هذه الوسائط مدعمات ثانوية لأنه لا قيمة لها في حد ذاتها. وتحول بعد ذلك إلى مدعمات أولية كالطعام، أو المشروبات أو أي نشاط ترفيهي. ويساعد أسلوب الاقتصاد الرمزي على حل مشكلة التدعيم الفوري. فعندما لا يتوافر التدعيم الإيجابي (كالمكافأة المادية أو المعنوية التي نعد بها الطفل) يمكن أن نمنحه بدلا من ذلك فيشة أو نجمة لاصقة على كراسة خاصة للمكافآت، حتى يمكن استبدالها بعد ذلك، وفي وقت ملائم، بمكافأة أو تدعيم أولي. ومن الأمثلة على ذلك أن نضع للطفل نجمة لاصقة كل 15 دقيقة يقضيها في أداء عمله المدرسي. وفي نهاية اليوم نجمع هذه النجوم ونعطي للطفل في مقابل كل نجمة مكافأة مادية أو معنوية متفقا عليها.

انفعال :Emotion

من أنواع السلوك المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس والاستجابات الوجدانية والمزاجية. ومنه الانفعالي Emotional أي الشخص الذي يغلب عليه التصرف باندفاع ودون روية.

انطفاء :Extinction

حجب مدعم عند ظهور سلوك غير مرغوب فيه، كالتجاهل عندما يلجأ الطفل إلى سلوك غير مرغوب فيه. وهناك أشكال كثيرة من السلوك غير المرغوب فيه والعادات السيئة يمكن أن تتوقف بتجاهلها.

بوليميا :Bulimia

اضطراب بدني نفسي يطلق على الشخص عندما يسرف في تناول الطعام ثم يلجأ بعد ذلك للتخلص منه بالتقيؤ القصدي أو باستخدام العقاقير المسهلة.

استعادة تلقائية :Spontaneous Recovery

عودة السلوك للظهور من جديد بعد توقفه أو انطفائه.

تخطيط البيئة :Environment planning

طريقة من طرق العلاج يقصد بها التحكم في الشروط الخارجية وتكييفها بطريقة فعالة بحيث إما أن تسمح لأنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بالظهور، أو أن تعمل على تجنب المواقف التي يرتبط ظهورها بظهور السلوك غير المرغوب فيه. ويستخدم هذا المصطلح كمرادف لمفهوم ضبط البيئة Environment Control.

تخلف عقلي :Mental Retardation

حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط، يبدأ خلال مرحلة النمو، ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي للفرد. ويعتمد تشخيص التخلف العقلي على استخدام اختبارات الذكاء المقننة.

تدريج القلق :Anxiety Hierarchy

الترتيب التصاعدي للحوادث أو المواقف المثيرة للقلق أو الخوف بهدف تعريض الشخص لها حتى يعتادها (انظر كذلك: تقليل الحساسية أو التبليد الحسي).

تمرن سالب :Negative Practice

أداء سلوك غير تكيفي بطريقة مستمرة حتى يتم التوقف عنه. ومن الأمثلة على ذلك أن نطلب من الطفل أن يستمر لمدة ساعة على الأقل في تمزيق كمية من المجلات والجرائد القديمة إثر قيامه بتمزيق كتبه.

تدعيم :Reinforcement

أي حدث أو شيء يحدث أو يقدم بعد ظهور السلوك أو نتيجة له ويؤدي إلى زيادة في تكرار ذلك السلوك أو حدته أو مدة حدوثه.

تدعيم إيجابي :Positive Reinforcement

هو تقديم مدعِّم إيجابي (مادي أو اجتماعي) يتبع سلوكا معينا ويؤدي إلى تزايد في شيوع هذا السلوك مستقبلا. ومن الأمثلة على ذلك القيام بشكر الطفل ومكافأته وتقريظه عندما يصدر منه سلوك نعتبره إيجابيا كالتعاون، أو التفاعل الإيجابي أو أداء واجباته.. إلخ.

تدعيم جزئي (متقطع) :Partial Reinforcement

هو تقديم المدعم بين الحين والآخر عند ظهور السلوك وليس في كل مرة يظهر فيها ذلك السلوك. ويلاحظ أن نسبة كبيرة من السلوك تتكون بفعل التدعيم المتقطع. وتشير التجارب إلى أن الاستجابات التي يتم اكتسابها بطريقة التدعيم المتقطع تكون أكثر استمرارا ومقاومة للانطفاء من تلك التي اكتسبت بفعل التدعيم المستمر (انظر كذلك تدعيم مستمر).

تدعيم سالب :Negative Reinforcement

تأثير التدعيم السالب في السلوك مثل تأثير التدعيم الإيجابي إلا أن الفرق هو أن الذي يحدث في التدعيم السالب هو إنهاء أو إيقاف حدث أو فعل مستمر بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع هذا السلوك تبعا لذلك، بينما الذي يحدث في التدعيم الإيجابي هو تقديم أو حدوث فعل أو شيء بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع السلوك وتكراره نتيجة لذلك. ومن الأمثلة على ذلك التوقف عن إصدار صوت منفر (كصوت جرس) أو انتقاد الأم عندما يعود الطفل إلى عمله وإنهاء واجباته.

تدعيم عفوي :Accidental Reinforcement

هو الحدث الذي يحدث صدفة بعد السلوك وليس نتيجة طبيعية أو مخططة له. ويؤدي إلى زيادة شيوع ذلك السلوك. وقد استخدم «سكينر»

هذا المصطلح لتفسير تكوّن السلوك الخرافي في تجربة قدم فيها المدعم لحمام كل عدة ثوان فوجد أن السلوك الذي يحدث قبل ذلك المدعم يزيد تكراره بالرغم من أن العلاقة بين السلوك والمدعم أتت بالصدفة. ويعتبر الانتباه غير المقصود للطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه مدعما لهذا السلوك ولاستمراره بعد ذلك بالرغم من عدم استمرار التدعيم.

تدعيم فارق لسلوك الآخر:

:Differential Reinforcement Of Other Behavior (DRO)

موقف يتم خلاله تدعيم أي سلوك فيما عدا سلوك واحد (السلوك المضطرب). ويقدم المدعم بهذه الطريقة كل فترة تمر لا يحدث فيها السلوك المراد إيقافه. ويعني هذا أن حدوث السلوك المراد إيقافه يؤدي إلى تأخير حدوث المدعم لفترة محددة. ويؤدي هذا النوع من التدعيم إلى تناقص في السلوك المراد إيقافه وتزايد في شيوع أي سلوك آخر. ومن الأمثلة على ذلك تقديم المدعم لطفل اعتاد إيذاء نفسه مثلا عند إتيانه أي سلوك آخر عدا السلوك المؤذي.

تدعيم فارق لسلوك مناقض للسلوك غير المرغوب فيه:

Differential Reinforcement Olncompatible Behavior (DRL)

تقديم مدعم إيجابي إثر ظهور سلوك يناقض أو يتعارض حدوثه مع حدوث السلوك المراد إيقافه، وبهذا يتم تدعيم السلوك الذي لا يمكن أن يوجد مع ظهور السلوك المضطرب، فإذا كان هناك طفل مثلا يقوم باستخدام يديه في سلوك غير مرغوب فيه كنتف شعره أو خربشة وجهه أو ضرب رأسه، فإن تدعيم وتشجيع أي سلوك يستخدم من خلاله يديه في نشاط آخر مرغوب فيه، مثل ترتيب لعبه أو تكوين صورة أو ركوب دراجة، ويمنعه من استخدامهما في إيذاء الذات يعتبر مثالا جيدا على هذا النوع من التدعيم.

تدعيم مستمر :Continuous Reinforcement

تقديم مدعم إثر كل مرة يحدث فيها سلوك معين، كأن تمنح الطفل

قطعة حلوى إثر كل مرة يستجيب فيها لطلب معين أو عندما يؤدي استجابة معينة.

تشبّع بالمنبه :Stimulus Satiation

العملية التي يتم من خلالها التقليل من فاعلية منبه تدعيمي بالعمل على الإكثار من هذا المنبه أو المدعم حتى يفقد خاصيته التدعيمية. ومن الأمثلة على ذلك إعطاء الطفل كميات كبيرة من الأقلام أو المحايات في كل مرة يستولي على أو يسرق إحداها من إخوته أو زملائه. ورغم الصعوبات المنهجية في استخدام هذا الأسلوب فإنه يستخدم كطريقة علاجية في حالة ظهور استجابات غير مرغوب فيها كسرقة أشياء تافهة، أو الرغبة في تجميع بعض الأشياء، فالتشبع بالمنبه طريقة لتجريد مدعم سابق من قيمته التدعيمية.

تشريط :Conditioning

عملية من التعلم القائم على الاقتران أو الربط بين منبه واستجابة (انظر استجابة شرطية، منبه شرطي).

تشكيل :Shaping

عملية تدريبية علاجية تعتمد على تعليم الطفل أداء سلوك جديد مركب كالاستحمام أو تعلم اللغة أو القراءة، وذلك بتقسيم هذا السلوك المركب إلى أجزاء أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها، ثم تقديم المدعم إثر أدائه كل خطوة تقربه من تعلم السلوك الكلي. وعادة ما يتم التشكيل بتقسيم السلوك الجديد إلى خطوات أو استجابات أصغر يشجع الطفل على إتقانها.

الإفراط في التصحيح :Over Correction

إحدى الوسائل العقابية المستخدمة في تعديل السلوك. والهدف منها تدريب الطفل على السلوك الملائم من خلال تصحيحه أخطاءه حتى يصل لمستوى الإجابة الملائمة. من الأمثلة على ذلك ما يستخدمه المشرفون على دور الرعاية عندما يطلبون من الطفل الذي يتبول في مكان غير ملائم أن

ينظف بقعة التبول وكل المساحة التي تم فيها ذلك. ويمارس المدرسون هذا الأسلوب عندما يطلبون من الطفل الذي أخطأ في كتابة كلمة معينة أن يكتبها 50 مرة مثلا.

تعلّم اجتماعي :Social Learning

النظرية التي تؤكد أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين، أو ملاحظة النماذج السلوكية في البيئة. ويتضمن التعلم الاجتماعي دراسة الدور الذي تلعبه أساليب التنشئة والتطبيع الاجتماعي للطفل.

التعلم الفعال (الإجرائي) :Operant Learning

نظرية في التعلم دعا لها وطورها العالم الأمريكي المعروف «سكينر» Skinner وتثبت أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو سالبة كالعقاب (التعلم بالعاقبة مرادف لهذا المصطلح).

تعلم معرفي :Cognitive Learning

التعلم من خلال التفكير في المواقف بتحليلها وإدراكها، وتفسيرها.

تعلم بالمساندة الوجدانية: (انظر علاج ملطف).

تعويد :Habituation

أسلوب علاجي يتم من خلاله التغلب على الحساسية المفرطة تجاه بعض الموضوعات المثيرة للخوف والقلق بتعريض الطفل المستمر لها بدلا من تجنبها والهروب منها.

تفكير كوارثي :Catastrophic Thinking

أسلوب أو طريقة غير عقلانية في التفكير، يفسر الفرد من خلالها كل الأمور البسيطة على أنها كارثة أو مصيبة مع توقع نتائج فظيعة من مقدمات لا تشير بالضرورة إلى ذلك.

تقليل الحساسية (تبلد حسي) :Desensitization

تقليل الاستجابات الانفعالية الحادة كالقلق والخوف تدريجيا عند مواجهة المواقف المثيرة بالانفعال (انظر كذلك تدريج القلق).

تكاليف الاستجابة :Response Cost

إيقاف بعض المدعمات أو فرض غرامة عندما يظهر سلوك غير مرغوب فيه، مثل منع الطفل من مشاهدة التليفزيون لمدة (نصف ساعة) إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه.

التلاشي :Fading

الإقلال التدريجي من التدعيم بعد اكتساب السلوك المرغوب فيه. والتدرج في التوقف عن مساعدة الطفل وفي سحب التدعيم عندما يصل لمرحلة إتقان أداء سلوك معين، يعتبر مثالا جيدا على هذا الأسلوب. كذلك يعتبر التقليل التدريجي من الشروط المؤدية لظهور سلوك معين مثالا آخر على التلاشي.

التنفير (كأسلوب علاجي) :Aversion

أسلوب علاجي يقوم على قرن منبه منفر أو منبه مؤلم وغير سار بسلوك غير مرغوب فيه ويؤدي إلى انطفاء هذا السلوك وانقراضه. ويستخدم عادة في علاج حالات الإدمان والشذوذ الجنسي، والإفراط في تناول الأطعمة.

توكيدية (تأكيد الذات) :Assertiveness

طريقة من طرق تدريب المهارات الاجتماعية وتستخدم في حالات علاج القلق الاجتماعي وذلك بتدريب الطفل على التعامل بحرية مع انفعالاته الإيجابية والسلبية. ومن الثابت أن التدريب على حرية التعبير الانفعالي يعتبر سلوكا مناقضا للقلق، إذ لا يمكن أن يكون الشخص قادرا على التعبير عن أي انفعال آخر عندما يكون القلق هو الانفعال الوحيد الغالب على الشخص في تعامله مع مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة.

الجهاز العصبي التلقائي :Autonomic Nervous System

الجهاز العصبي الذي يتولى عملية الضبط للوظائف الآلية الفسيولوجية كالتنفس، ودقات القلب، ونشاط المعدة، وإفرازات الغدد ... إلخ.

خبير نفسي :Psychologist

(انظر أخصائي نفسي)

حد الشيوع (الخط القاعدي) :Baseline

كمية شيوع سلوك معين قبل التدخل في إيقافه أو علاجه.

حوارات مع النفس :Monolog

(انظر مونولوج)

ذهان :Psychosis

اضطراب شديد يصيب وظائف التفكير والانفعال والسلوك الاجتماعي، مما يؤدي إلى فقدان صلة المريض بواقعه في الحالات الشديدة من الذهان، ويحتاج المريض بسببه إلى العناية في مصحة أو مستشفى للصحة العقلية خاصة إذا اشتد هذا الاضطراب لدرجة تجعل المريض خطرا على نفسه، أو خطرا على الآخرين أو عاجزا عن قضاء حاجاته الحيوية (انظر كذلك فصام. اكتئاب).

سلوك :Behavior

أي نشاط يصدر عن الكائن سواء كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والإبداع.. إلخ.

سلوك محوري :Target Behavior

أنواع الاستجابات أو السلوكيات التي يهدف المعالج إلى إيقافها أو تقويتها. وعادة ما يكون السلوك المحوري هو السلوك الذي لا يستريح له الفرد، أو

يؤدي إلى نتائج سلبية للآخرين أو لكليهما: الفرد نفسه والآخرين.

سوابق السلوك: Antecedents

الأفعال أو المؤشرات التي تحدث قبل ظهور السلوك غير المرغوب فيه أو تنبئ بحدوثه أو تساعد على ظهور الاستجابة المضطربة (انظر اللواحق السلوكية).

صندوق سكينر: Skinner Box

الجهاز الذي استخدمه «سكينر» لدراسة سلوك الحيوانات عندما تتعلم سلوكا فعالا
(انظر تعلم فعال).

التحكم بالبيئة: Environment Control

(انظر تخطيط البيئة).

تحكم المنبه: Stimulus Control

تحكم المنبهات أو المواقف الخارجية في حدوث السلوك أو توقفه. ويمكن استخدام المنبه الذي له هذه السمة للتحكم بالسلوك المرغوب فيه أو بتوقف السلوك غير المرغوب فيه. ويكتسب المنبه هذا سمة التحكم بسلوك ما عندما يصبح مؤشرا قويا لنتيجة ذلك السلوك.

طبيب نفسي: Psychiatrist

الطبيب الذي يتخصص في دراسة وعلاج الأمراض النفسية والعقلية باستخدام الوسائل العضوية والطبية.

عائد بيولوجي (مردود حيوي): Biofeedback

مراقبة عمل أعضاء الجسم ووظائفه (كضغط الدم، أو نشاط الغدد، أو النشاط الكهربائي للمخ) من خلال المعلومات المعدة لقياس هذه الوظائف كأجهزة قياس ضغط الدم أو أجهزة الرسم الكهربائي للمخ.. إلخ.

عصاب :Neurosis

اضطراب يتميز بسرعة الاستثارة الانفعالية والقلق الشديد والوساوس. وتسيطر على العصابي أحيانا أعراض محددة كالخوف المرضي والاكتئاب. وعادة ما يتسم سلوك العصابي بالتعاسة، وسيطرة مشاعر الذنب، وعدم الفاعلية في المواقف الاجتماعية.

(انظر كذلك: عصاب القلق، القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، المخاوف المرضية (فوبيا)، هيستيريا كأشكال من العصاب).

عصاب القلق :Anrxiety Neurosis

المعاناة المستمرة الدائمة من القلق. (انظر قلق وعصاب).

عقاب :Punishment

منبه مؤلم ومنفر يقدم أو يأتي إثر ظهور السلوك (انظر تكاليف الاستجابة، إبعاد مؤقت، تنفير، تدعيم سلبي).

علاج بالتحليل النفسي :Psychoanalytical Therapy

استخدام المبادئ النظرية المشتقة من نظريات «فرويد» وتلامذته في التحليل النفسي، وتطبيقها في ميدان علاج الاضطرابات الانفعالية.

علاج بالتنفير :Aversion Therapy

(انظر تنفير).

علاج سلوكي :Behavior Therapy

تعديل السلوك المرضي وتغييره مباشرة باستخدام النتائج المشتقة من نظريات التعلم وعلم النفس التجريبي.

علاج سلوكي-معرفي :Cognitive-Behavior Therapy

تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (انظر معرفي).

علاج كيميائي: Chemo Therapy

استخدام العقاقير الطبية في علاج الاضطرابات الانفعالية والعقلية.

علاج بالتعليم الملطف: Gentle Teaching Therapy

طريقة جديدة تلقى في الوقت الراهن اهتماما كبيرا في علاج المشكلات السلوكية غير التكيفية خاصة بين الأطفال المتخلفين عقليا بالتركيز أساسا على تكوين رابطة وجدانية، ومساندة للطفل، مع التجنب الكلي لأساليب التنفير والعقاب.

علاج معرفي: Cognitive Therapy

مجموعة المدارس العلاجية التي تتفق على تأكيد فكرة أن العلاج الناجح يجب أن يكون مصحوبا بتحسن في طريقة التفكير والإدراك. (انظر علاج سلوكي-معرفي).

علاج وجودي: Existential Therapy

طريقة من العلاج النفسي المشتقة من الفلسفات الوجودية، تولي اهتمامها الرئيسي لدور إدراكنا الخاص للبيئة وخبراتنا المباشرة بها (هنا-والآن).

علاج نفسي: Psychotherapy

علاج بالطرق التقليدية المتأثرة إلى حد كبير بنظرية «فرويد»، وتعتمد على الحوار بين المعالج والمراجع وتنطوي على فكرة أن عوامل المشكلة داخل الشخص ذاته ومن ثم لا تولي للبيئة السلوكية اهتماما كبيرا.

علم النفس: Psychology

العلم الذي يختص بدراسة السلوك الإنساني والحيواني باستخدام المنهج العلمي.

عالم نفس:

(انظر أخصائي نفسي)

فصام: Schizophrenia

اضطراب ذهاني تصاحبه أعراض تدل على الاضطراب الفكري والانفعالي كالهلاوس البصرية والسمعية، والهواجس، والتنا قض الوجداني (انظر ذهاني).

فوبيا (خوف مرضي): Phobia

خوف مرضي شديد من موضوع محدد أو مواقف لا تستثير بضرورتها الخوف الشديد. ومن أهم المخاوف العصابية الشائعة الخوف من بعض الحيوانات والخوف من الظلام والخوف من المرتفعات.. إلخ. وتتميز الأعراض الإكلينيكية للخوف المرضي بوجود نشاط شديد في الوظيفة الاستثارية من الجهاز العصبي التلقائي. (انظر قلق، عصاب).

قدوة: Model

(انظر تعلم اجتماعي-اقتداء).

قلق: Anxiety

توجس أو خوف غير محدد المصدر تصحبه زيادة في النشاط الاستثاري في الجهاز العصبي المركزي. (انظر عصاب القلق).

السلوك القهري: Compulsive Behavior

أفعال متكررة أو طقوس يجد الفرد نفسه مضطرا لممارستها بشكل مستمر كمحاولة للتخفف من القلق (انظر عصاب، وسواس قهري).

كوارثي: Catastrophic

(انظر أسلوب معرفي، في تفكير كوارثي).

لاحق (لواحق): Consequences

توابع السلوك ونتائجه (بما فيها المكاسب والتدعيمات) التي تأتي بعد السلوك.

لعب الأدوار :Role playing

منهج من مناهج التعلم الاجتماعي ندرب بمقتضاه الشخص على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي إلى أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها.

مونولوج أو حوار داخلي :Monolog

يبين «مايكنباوم» (Meichenbaum)1977 أن حديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن الموقف الذي يواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب والمرضي مع ذلك الموقف. ولهذا يعتمد المعالج السلوكي المعرفي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسيه في مساعدة المراجع على التغلب على الاضطراب.

مدعم أولي :Primary Reinforcer

مثل الطعام والشراب عندما يقدم إثر القيام بسلوك معين فيؤدي إلى زيادة تكرار ذلك السلوك أو حدته أو طول مدة حدوثه.

مدعم ثانوي (شرطي) :Secondary (Conditioned) Reinforcer

مدعم لا قيمة له في حد ذاته لكنه يؤدي إلى تحقيق مدعم أولي كالفيشات والنجوم اللاصقة التي تعطى للطفل إثر قيامه بسلوك مرغوب فيه.

منبه شرطي :Conditioned Stimulus

منبه محايد يمكن إثارته قصدا من خلاله اقترانه بمنبه آخر.

مستويات عليا من التشريط Higher Order Conditioning

عملية يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد، بحيث إن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الاستجابة الشرطية. (انظر استجابة شرطية).

هرمون :Hormone

عناصر كيميائية تفرزها الغدد بهدف تنظيم وظائف الجسم.

هزال مرضي :Anorexia Nervosa

اضطراب يحدث نتيجة لتوقف المريض تدريجيا عن تناول الأطعمة، فيعتاد الجسم كميات أقل وأقل من الطعام حتى يفقد الشخص وزنه ويصاب بالهزال الشديد.

هلاوس :Hallucinations

اضطرابات تتعلق بالإحساس بأشياء لا يحس بها الآخرون كالهلاوس السمعية Auditory Hallucinations أي سماع أصوات لا يسمعها الآخرون والاستجابة لها، أو الهلاوس البصرية Visual Hallucination أي رؤية أشكال أو حيوانات لا يراها المحيطون بالشخص. وعادة ما يرتبط ظهور الهلاوس بالأمراض العقلية الذهانية ولكن يمكن إثارتها تجريبيا من خلال تعاطي بعض المخدرات أو العقاقير كعقار LSD.

هيستيريا :Hysteria

اضطراب عصابي تتطور من خلاله أعراض عضوية كالشلل أو فقدان البصر دون أن يكون لذلك أساس جسمي. وعادة ما تكون الاستجابة الهيستيرية محاولة للهرب من المشكلات والمسؤوليات، ولتحقيق مكاسب ثانوية كالحصول على العطف والرعاية.

هواجس :Delusions

معتقدات ثابتة لا أساس لها من الصحة.

(انظر ذهان):

وسواس قهري :Obsessive Compulsive

عصاب يتميز بوجود أفكار حوارية ثابتة وأفعال قهرية متكررة. (انظر عصاب، قهري).

المراجع

مراجع عربية

إبراهيم (عبد الستار). القلق: قيود من الوهم. القاهرة: كتاب الهلال مايو 1991.

إبراهيم (عبد الستار). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ، 1987.

إبراهيم (عبد الستار). الإنسان وعلم النفس. الكويت: عالم المعرفة. فبراير 1985.

إبراهيم (عبد الستار). العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان.
الكويت: عالم المعرفة، 1979.

إبراهيم (عبد الستار)، الدخيّل (عبد العزيز بن عبد الله)، إبراهيم (رضوى). الحاجة لعلاجات وبرامج سلوكية متعددة المحاور للتغلب على مشكلات الطفل المعوق. المؤتمر العالمي الأول للجمعية السعودية الخيرية لرعاية الأطفال المعوقين. الرياض 7- 10 نوفمبر 1992.

إبراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز)، إبراهيم (رضوى). العلاج السلوكي متعدد المحاور، ومشكلات الطفل. مجلة علم النفس (من ص 6- 25) العدد 26/ 1993 م.

الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) سلوك السلوك: مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: الخانجي، 1990.

الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله). الجذور التاريخية السلوكية، قافلة الزيت 19930.

حجار (محمد حمدي). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.
الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. 1992.

حجار (محمد حمدي). العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل.
الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. 1990.

مراجع أجنبية REFRENCES

Adesso V.J. (1990). Habit disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of behaviour mod ification and therapy. (2nd Ed.). New York: Plenum Press. American Psychatric Association. (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.

American Psychological Association. (1988). Hospital practice: Advocacy issues. Washington. DC: APA.

Argyle, M. (1973). Psychology and Social problems. London: Me thuen & Co.

Argyle. M. (1986). Social behaviour. In M. Herbert (Ed), Psychology for Social Workers (2nd ed.), London: Methuen.

Bandura, A. (1969). Principles of behaviour modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
Beck, A.T. (1967). Depression. New York: Harper.
Beck, A.T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. Arch. Gen. Psychiatry, 24, 495-500
Beck, A. (1974). Depressive neurosis. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), American handbook of psychiatry VoL. 3. New York: Basic Books.
Beck. A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.
Beck, A.T. (1987). Congintive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) The evolu tion of psychotherapy. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.
Beck, A.T., Brady, J.P., & Quen, J.M. (1977). The history of de pression. New York: Insight Communication.
Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) The evolu tion of psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, Inc.
Can, E.G., & McDowell, J.J. (1987). Social control of self-injurious behaviour of organic etiology. In. C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M. Sichel, & J. R. Zwilling, (Eds.), Advances in therapies for children. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
Craighead, W.E., Kazdin, A.E. & Mahoney, M.J. (1976). Behaviour modification: Principles, issues, and applications. Boston.: Houghton Mifflin.
Daley, M.F. (1979). Reinforcement menue: Finding effective re inforcers. In J.D. Krumboitz & C.E. Thoresen (Eds.) Behavioural counseling cases and techniques. New York: Holt, Rinehart & winston.
D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem-Solving and be haviour modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107- 126.
Elmers, R., & Aitchison R. (1977). Effective parents, responsible children. New York: McGraw Hill.
Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behaviour therapy (CBT). In J.K. Zeig (Ed.,) The evolution of psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, Inc.
Ellis, A. (1990). How to stubbornly refuse to make your self mis erable about anything. New York: Lyle Stuart Book.
Eysenck. H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. Be havioural and Brain Sciences. 2, 155-166.
Fischer, J., & Nehs, R. (1987). Treatment of swearing behaviour. In C.E. Schaefer, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling. (Eds.), Advances in therapies for children. San Francisco: Jos sey-Bass Publishers.
Foa, E.B., & Wilson, R. (1991). Stop obsessions: How to overcome your obsessions and compulsions. New York: Bantam Books. Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fiakov, M.J., & Kazdin, A.E. (1987).

Social skills-training with a depressed boy. In C.E. Schaef er, H.L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), Advances in therapies for children. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. Franks, C.M., & Barbrack, C.R. (1986). Behaviour therapy with adults: an integrative perspective. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S., Bellack (Eds.) The Clinical psychology handbook, New York: Pergamon Press.

Freeman, A., & Davis, D.D. (1990). Cognitive therapy of depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of behaviour modification and therapy. (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Giampa, F.L., Walker-Burt, G., & Lamb, D. (1984). Group homes curriculum. Part III. Michican. Lansinc: Michigan Department of Mental Healths Office of Resource Development.

Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1977). Clinical behaviour ther apy. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Goifried, M.R., & Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer, and A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change. New York: Pergamon Press.

Gonzales, L., Hays, R.B., Bond, M.A,, & Kelly, J.G. (1986). In M. Hersen, A.E. Kazdin, &A.S. Bellack (Eds). The clinical psychol ogy handbook. New York: Pergamon Press.

Harris, S.L. (1986). Behaviour therapy with children. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack, (Eds.), The clinical psychology handbook. New York: Pergamon Press.

Hawton, K., & Kirk, J. (1991), Problem-solving. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press.

Herbert, M. (1987a). Behavioural treatment of children with prob lems: A practice manual. London: Academic Press.

Herbert, M. (l987b). Conduct disorders of childhood and ad olescence: a social learning perspective Chichester: John Wiley. Ibrahim, A. & Ibrahim, R (1990). The behavioural non aversive (gen tle) teaching approach and its therapeutic applications in severe be havioural problems. I: Techniques and & theoretical foundations. The Arab Journal of Psychiatry. 1, No 3, 201-210.

Ibrahim, A., Glick J. & Ibrahim, R. (1991) The behavioural non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applica tions in severe behavioural problems. II. An applied case study of severe aggression. The Arab Journal of Psychiatry. Vol. 2. No.
1, 44-52.

hg, F.L., Ames, L.B., & Baker, S.M. (1981). Child behaviour: Spe cific advice on problems of child behaviour. New York: Harper & Row.

Ingersoll, B. (1988). Your hyperactive child. New York: Dou bleday.

Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1990). Cognitive behaviour therapy. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of behaviour modification and therapy (2nd Ed.), New York: Plenum Press.

Karoly, P. (1975). Operant methods. In F. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.). Helping people chan2e. New York: Pergamon.

Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International hand book of behaviour modification and therapy (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Kazdin, AR (1990). conduct disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen. & A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behaviour modification and therapy. (2nd Ed.) New York: Plenum Press. Kendell, P.C., & Bemis, K.M. (1986). Thought and action in psycho therapy: The cognitive-behavioural approaches. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.) The clinical psychology handbook New York: Pergamon Press.

Krasner, L. (1990). History of behaviour modification. In A. S. Bellck, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), International hand book of behaviour modification and therapy. (2nd Ed.), New York: Plenum Press.

Lazarus, A.A. (1971). Behaviour therapy and beyond. New York: McGraw Hill.

Levis, D.J. (1990). The experimental and theoretical foundations of behaviour modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kaz din (Eds.) International handbook of behaviour modification and therapy. (2nd Ed.), New York: Plenum Press.

Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). Social skills training for psychiatric patients. New York: Pergamon Press. Lovaas, 0.1. (1977). The autistic child: Language development through behaviour modification. New York: Irvington.

Madanes, C. (1988) Strategic family therapy. San Francisco: Jos sey-Bass Publishers.

Madle, R.A., & Neisworth, J.T. (1990). Mental retardation. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International hand book of behaviour modification and therapy (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

McGee, J. Menolascino, F.J, Hobbs, D.C., & Menousek, P.E. (1987). Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation. New York: Human Sciences Press. Meichenbaum, D.H. (1969). The effects of instruction and re inforcement on thinking and language behaviour in schizo phrenics. Behaviour Research and Therapy. 7-101-114. Meichenbaum, D.H. (1977). Cognitive-behaviour modification New York, Plenum Press.

Mischel. W. (I 968L Personality and assessment. New York: John
Wiley & Sons.

Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality. American Psychologist 39, 351-364.

Morrison, R.L. (1990). International dysfunctions. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of be haviour modification and therapy (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Neisworth, J T., & Smith, R.M. (1973). Modifying retarded be. haviour. Boston: Houghton Mifflin.

OConner, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. Journal of Applied Behaviour Analysis, 15- 22.

OLeary, K.D., & Wilson, G.T. (1975). Behaviour therapy: Ap plication and outcome. Englewood

Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc. Patterson, L., & Harbeck, C. (1990). Medical disorders. In A.S. Bel lack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbool! of behaviour modification and therapy (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Pichot, P. (1989). The historical roots of behaviour therapy. J of Be haviour Therapy & Exp. Psychology 0, Pp. 107-114.

Schaefer, C.E., Millman, H.L., Sichel, S., & Zwilling, J.R. (1987). Advances in therapies for children. San Francisco: Jossey-Bass Pub lishers.

Schmaling, K.B., Fruzzetti, A.E., & Jacobson, N. (1991). Marital problems. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clarl< (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press.

Seligman, M.E.P. (1975) Helplessness. San Francisco: W.H. Free man.

Seligman, M. (1988). Me decades generate depression: in dividualism erodes commitment to others. The APA Monitor. Vol. 19, No. 10.

Skinner, B.F. (1953). Science and human behaviour. New York: Macmillan.

Skinner, B .F. (1974). About behaviourism. New York: Knopf. Spiegler, M.D. (1983). Contemporary behaviour therapy. Palo. Alto, CA: Mayfield Publishing Company.

Stampfl, TG., & Levis, D.J. (1976). Implosive therapy: A be havioural therapy. In J.T. Spence, R.C. Carson, & J.W. Thibaut (Eds.) Behavioural anuroaches to theranv. Morristown. NJ:
General Learning Press.

Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. American Psychologist, 44, 188-199.

Weiss, R.L., Heyman, R.E. (1990). Marital distress. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of be haviour modification and therapy (2nd Ed.) New York: Plenum Press.

Wolpe, J. (1958), Psychotherapy by reciprocal inibitiontanford Stanford University Press.

Wolpe, J. (1973). The practice of behaviour therapy (2nd ed.), New York: Pergamon Press.

Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J.K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, Inc.

Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 27- 30.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). Behaviour therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis, New York: Pergamon Press

المؤلفون في سطور:

د. عبد الستار إبراهيم

* أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي بكلية الطب، جامعة الملك فيصل بالسعودية.

* نشر أكثر من 100 بحث ومقال في كثير من المجلات العالمية المتخصصة والثقافية في الولايات المتحدة وأوروبا والوطن العربي.

* نشر كثيرا من الكتب الجامعية والثقافية في علم النفس والعلاج النفسي وغيرهما من موضوعات تهم القارئ العام والمتخصص.

* عضو وزميل بكثير من الجمعيات العلمية العالمية في علم النفس والصحة النفسية كالجمعية النفسية الأمريكية APA، وأكاديمية العلوم والفنون والآداب بولاية ميتشيجان، وجمعية الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة الدولية... إلخ.

* حاصل على البورد الأمريكي في الرعاية الصحية والخدمة النفسية.

* حاصل على إجازة الممارسة الإكلينيكية المتخصصة في ولايتي ميتشيجان وكاليفورنيا.

* صدر له من قبل في هذه السلسلة كتابان أحدهما. «العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان» والآخر «الإنسان وعلم النفس».

د. عبد العزيز بن عبد الله الدخيّل

* قام بعدة مهمات إدارية في جامعة الملك فهد للبترول والمعادن آخرها عمله وكيلا

الكتاب
القادم

تيارات الأدب الألماني

تأليف:

د. عبد الرحمن بدوي

للجامعة للشؤون الأكاديمية.

* حصل على الدكتوراه من جامعة أريزونا في توسان عام 1974 في علم النفس العلاجي والتجريبي.

* إلى جانب ما نشره وقدمه من أبحاث حول السلوكية، له كتاب حول الموضوع بعنوان«سلوك السلوك» نشر عام 1990. كما قام مع اثنين من زملائه بترجمة كتاب عملي موجه لمعلمات مرحلة ما قبل المدرسة بعنوان «المرشد العملي» نشره مكتب التربية العربي لدول الخليج عام 1993.

* يقوم الآن بكتابة كتابين الأول بعنوان «إساءة معاملة الأطفال» والثاني بعنوان «التعامل مع الأطفال»وهو موجه للآباء بلغة ميسرة.

* عضو في جمعية التحليل السلوكي الدولية.

د. رضوى إبراهيم

* أستاذ مساعد علم النفس الطبي بقسم الطب النفسي-كلية الطب والعلوم الطبية، جامعة الملك فيصل.

* تشرف على الخدمات الإكلينيكية للعيادات الخارجية والداخلية بقسم الطب النفسي، جامعة الملك فيصل.

*حصلت على الماجستير والدكتوراه في علم النفس من جامعة ميتشيجان ومركز فيلدنغ للدراسات العليا بالولايات المتحدة الأمريكية.

* حصلت على كثير من برامج التدريب والتخصص في العلاج النفسي والأسري والتنويم المغناطيسي.

* زاولت وتزاول العلاج النفسي في الولايات المتحدة والسعودية.

* تهتم في الوقت الحالي بممارسة العلاج النفسي والبحث فيه، خاصة عن دور العوامل الحضارية في تشخيص الأمراض النفسية وعلاجها.

* نشرت وأسهمت في نشر كثير من البحوث المتخصصة في مجلات علم النفس والطب النفسي بالولايات المتحدة والشرق الأوسط.

هذا الكتاب

«إن هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب أن نقدم للقارئ العربي ونعرض له صورة من صور التقدم المعاصر في دراسة مشكلات الطفل وعلائج اضطراباته».

بهذه العبارة يستهل المؤلفون مقدمتهم لهذا الكتاب الذي يتكون من عدد متنوع من الفصول والملاحق عن دور ما يسميه المؤلفون «العلاج السلوكي متعدد المحاور».

ثلاثة من خبراء الصحة النفسية والعلاج السلوكي يجمعهم اهتمام مشترك بالاتجاه السلوكي في العلاج النفسي يقدمون لنا-من خلال خلفياتهم الأكاديمية وخبراتهم العملية في الممارسة العلاجية في العالم العربي-بلورة نظرية وعملية عن دور هذا الاتجاه في علاج عدد متنوع من اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية بما فيها القلق، والمخاوف المرضية والاكتئاب، والميول الانتحارية، والتخريب، وإيقاع الأذى بالنفس، والعدوان.. إلخ. كل ذلك من خلال العرض الواعي لعدد متنوع من الأساليب السلوكية، والحالات الفردية المدروسة التي راعى المؤلفون في تقديمها أن تحقق توازنا مطلوبا بين النظرية والحلول العملية. ومن ثم فإن القارئ-أي قارئ-يهمه الاطلاع على أنواع مشكلات الطفل، وكيف تكونت؟ وماذا نستطيع أن نفعل حيالها خطوة خطوة؟، سيجد في هذا الكتاب ملتقى للعديد من الإجابات.